



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN PSIKOSOSIAL PASIEN DENGAN ULKUS
KAKI DIABETES DALAM KONTEKS ASUHAN
KEPERAWATAN DIABETES MELLITUS
DI RSUPN DR CIPTO MANGUNKUSUMO
JAKARTA**

Tesis

Diajukan sebagai persyaratan untuk
memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

Oleh

Endang Sri P Ningsih
NPM:0606155663

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
2008**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis
Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Jakarta, Desember 2008

Pembimbing I

(DR. Ratna Sitorus, SKp, M.App.Sc)

Pembimbing II

(Yati Afiyanti, SKp, MN)

LEMBAR NAMA ANGGOTA PENGUJI TESIS

Depok, 16 Juli 2008

Pembimbing I

DR. Ratna Sitorus Sudarsono, S.Kp.M.App.Sc.

Pembimbing II

Yati Afiyanti, S.Kp.MN

Anggota

Sri Purwaningsih, S.Kp. M.Kep

Anggota

Sri Yona, S.Kp. MN

LEMBAR PENGESAHAN PANITIA PENGUJI SIDANG TESIS

Depok, 23 Desember 2008

Ketua Panitia Sidang Tesis

Dr. Ratna Sitorus, S.Kp, M.App.Sc

Anggota I

Yati Afiyanti, S.Kp, MN

Anggota II

Sri Purwaningsih, SKp, M.Kep

Anggota III

Sri Yona, S.Kp, MN

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Desember 2008

Endang Sri P Ningsih

Pengalaman psikososial pasien dengan ulkus kaki diabetes dalam konteks asuhan keperawatan diabetes mellitus di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta

X + 102 + 1 tabel + 8 lampiran

ABSTRAK

Ulkus kaki merupakan salah satu komplikasi kronis pada pasien diabetes mellitus. Ulkus kaki diabetes ini tidak hanya berdampak secara fisik bagi pasien, namun juga berdampak bagi kehidupan psikososialnya. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang mendalam tentang pengalaman psikososial pasien dengan ulkus kaki diabetes. Desain penelitian ini adalah fenomenologi deskriptif dengan metode wawancara mendalam. Partisipan adalah pasien DM yang mengalami ulkus kaki diabetes, diambil dengan cara *purposive sampling*. Data yang dikumpulkan berupa rekaman hasil wawancara dan catatan lapangan yang dianalisis dengan teknik Collaizi. Hasil penelitian ini menunjukkan berbagai pengalaman psikososial pasien ulkus kaki diabetes digambarkan dalam 11 pernyataan tematik. Penelitian ini menyimpulkan setiap pasien ulkus kaki diabetes mengalami berbagai respon psikologis yang teridentifikasi dalam 4 tema yaitu menghadapi berbagai ketakutan, menjadi tidak berdaya, menjadi beban keluarga dan menyalahkan diri sendiri. Terdapat 2 tema dari respon sosial yang dialami yaitu menjadi tidak sebebaskan/tidak seaktif dulu dan menjadi tidak percaya diri dalam bergaul. Terdapat 3 tema tentang mekanisme koping pasien dalam menghadapi ulkus kaki diabetes yaitu menjalani kehidupan dengan pasrah pada keadaan, banyak mendekatkan diri pada Tuhan dan tetap memiliki pandangan positif terhadap diri sendiri meskipun mempunyai ulkus kaki diabetes. Setiap pasien ulkus kaki diabetes memperoleh berbagai macam dukungan dan memiliki berbagai harapan/kebutuhan terhadap pelayanan keperawatan. Berdasarkan hal tersebut perawat seharusnya dapat lebih memperlihatkan sikap caring dan menyediakan waktu khusus untuk mendiskusikan berbagai perasaan negatif akibat ulkus kaki yang dialaminya serta para perawat perlu mengembangkan kemampuan koping dan adaptasi pasien terhadap ulkus kaki diabetes agar pasien dapat lebih baik mengelola stress psikososial yang dialaminya.

Kata kunci : Ulkus kaki diabetes; pengalaman psikologi dan sosial.

Daftar Pustaka 92 (1994 – 2008)

POST GRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING
UNIVERSITY OF INDONESIA

Thesis, December 2008

Endang Sri P Ningsih

Psychosocial experiences of patients with diabetic leg ulcer in the context of diabetes mellitus nursing care at RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta

x + 102 pages + 1 table + 8 appendices

ABSTRACT

Ulcer is one of the chronic complications of diabetes. Diabetic leg ulcer does not only affects the patient physically but also affects patient's psychosocial life. This research was aimed to explore deeper understanding of psychosocial experiences of patients with diabetic leg ulcer. The participant was diabetic leg ulcer patient chosen by using purposive sampling. The design was descriptive phenomenological using indepth interview and field notes, using Collaizi technique to analized. The results showed some psychosocial experiences of patients with diabetic leg ulcer found 11 themes. This research concluded that every patients with diabetic leg ulcer had variety psychological responds that were identified in 4 themes including fears, being powerless, being family burden and blame themself. There were 2 themes for social responds, namely not as active as before and loss self confidence. There were 3 themes for coping mechanisms thatwere continuing their normally daily life, faith to God and having positive thinking about themselves, eventhought they have a diabetic leg ulcer. Every patients with diabetic leg ulcer got various supports and had various expectations and needs more support from nurse. It was suggested that nurses have to spending more time to discuss negative feeling of diabetic leg ulcer and also help patient in enhancing coping mechanism in adjust with their diabetic leg ulcer. This action will improve better health outcome of diabetes mellitus patient and they can manage their psychosocial stress better.

Keywords: diabetic leg ulcer, psychological and soical experiences
Refferences ; 92 (1994-2008)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyusun tesis ini sebagai persyaratan guna menyelesaikan Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah.

Selama menyusun tesis ini, penulis banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih dan rasa hormat kepada :

1. Dewi Irawaty, MA, Ph.D, sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc, sebagai Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. DR. Ratna Sitorus, SKp, M.App.Sc, sebagai pembimbing I yang telah memberikan ide, bimbingan, arahan dan motivasi dalam penyusunan tesis ini.
4. Yati Afyanti, SKp, MN, sebagai pembimbing II yang juga telah memberikan ide, bimbingan, arahan dan motivasi dalam penyusunan tesis ini.
5. Seluruh Staf Pengajar Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan ilmunya dan seluruh staf akademik yang membantu selama proses pendidikan.
6. *My sweetheart* (Sutono) dan *my lovely* (Syifa), terima kasih atas kesabaran, Ridho dan doa kalian selama ini.

7. Ibunda, Ayahanda dan adik-adikku tersayang yang telah memberikan dukungan dan doanya.
8. Teman-teman satu angkatan program pasca sarjana kekhususan keperawatan medikal bedah angkatan 2006 semester genap khususan endokrin group, terimakasih atas kebersamaan, dukungan semangat dalam penyusunan tesis ini.
9. Mbak Iwat, dan mbak Ummi dan mbak Bella (senior KMB 2006) terimakasih atas dukungannya.
10. Semua pihak yang ikut membantu penulisan ini yang tanpa mengurangi rasa terima kasih, tidak dapat disebutkan satu per satu.

Semoga amal kebaikan yang telah diberikan kepada penulis senantiasa mendapat amal pahala dari Allah SWT. Selanjutnya demi kesempurnaan tesis ini peneliti mengharapkan masukan, saran dan kritikan yang bersifat membangun. Akhirnya penulis berharap tesis ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan khususnya dan masyarakat pada umumnya. Atas segala bantuan yang telah diberikan, penulis mengucapkan terimakasih. Amien

Depok, Desember 2008

Penulis

DAFTAR ISI

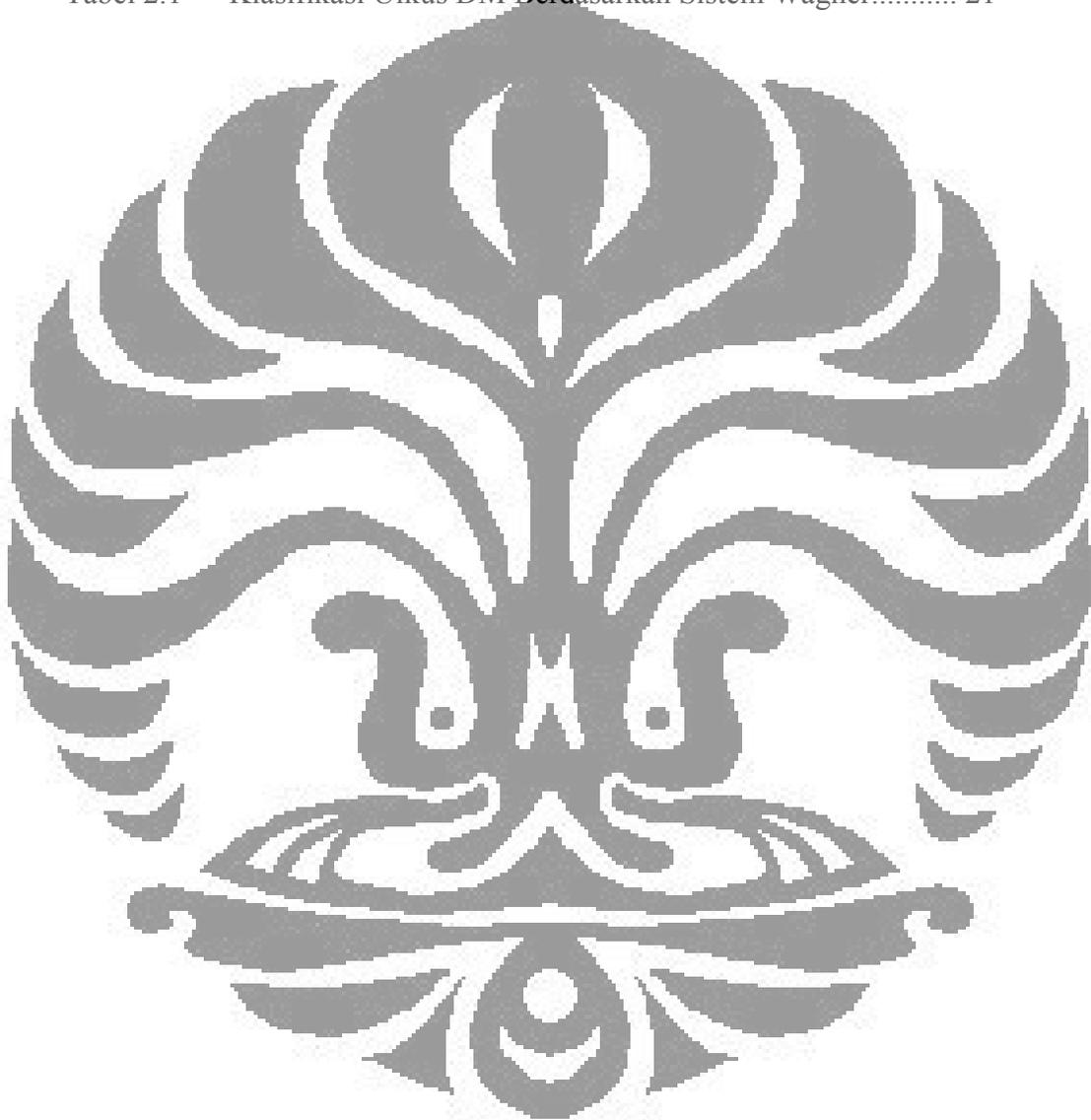
	Hal
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	9
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian.....	11
D. Manfaat Penelitian	
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	12
A. Diabetes Melitus.....	12
1. Pengertian.....	13
2. Klasifikasi dan etiologi.....	13
3. Patofisiologi dan manifestasi klinis.....	14
4. Komplikasi.....	17
5. Diagnosis.....	17
6. Penatalaksanaan.....	19
B. Ulkus Kaki Diabetes	19
1. Pengertian.....	19
2. Patofisiologi.....	20
3. Klasifikasi Ulkus Kaki Diabetes.....	21

4. Dampak psikososial pada ulkus diabetes.....	30
C. Asuhan Keperawatan Pasien DM dengan ulkus.....	30
1. Pengkajian pada pasien DM dengan ulkus.....	34
2. Diagnosa keperawatan pada pasien DM dengan ulkus.....	
3. Intervensi keperawatan berkaitan dengan masalah psikososial pasien DM dengan ulkus.....	37 45
D. Rangkuman.....	
BAB III. METODE PENELITIAN	49
A. Desain Penelitian	50
B. Informan/Partisipan.....	51
C. Waktu dan Tempat Penelitian	51
D. Pertimbangan Etik.....	54
E. Prosedur Pengumpulan Data.....	56
F. Alat Pengumpul Data.....	57
G. Analisis Data	58
H. Keabsahan Data.....	
BAB IV. HASIL PENELITIAN	60
A. Gambaran Karakteristik Responden.....	61
B. Analisis Hasil Tematik.....	
BAB V. PEMBAHASAN	78
A. Interpretasi Hasil penelitian.....	95
B. Keterbatasan Hasil Penelitian.....	96
C. Implikasi Keperawatan.....	
BAB VI . SIMPULAN DAN SARAN	100
A. Simpulan	101
B. Saran.....	
DAFTAR PUSTAKA	

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Ulkus DM Berdasarkan Sistem Wagner..... 21

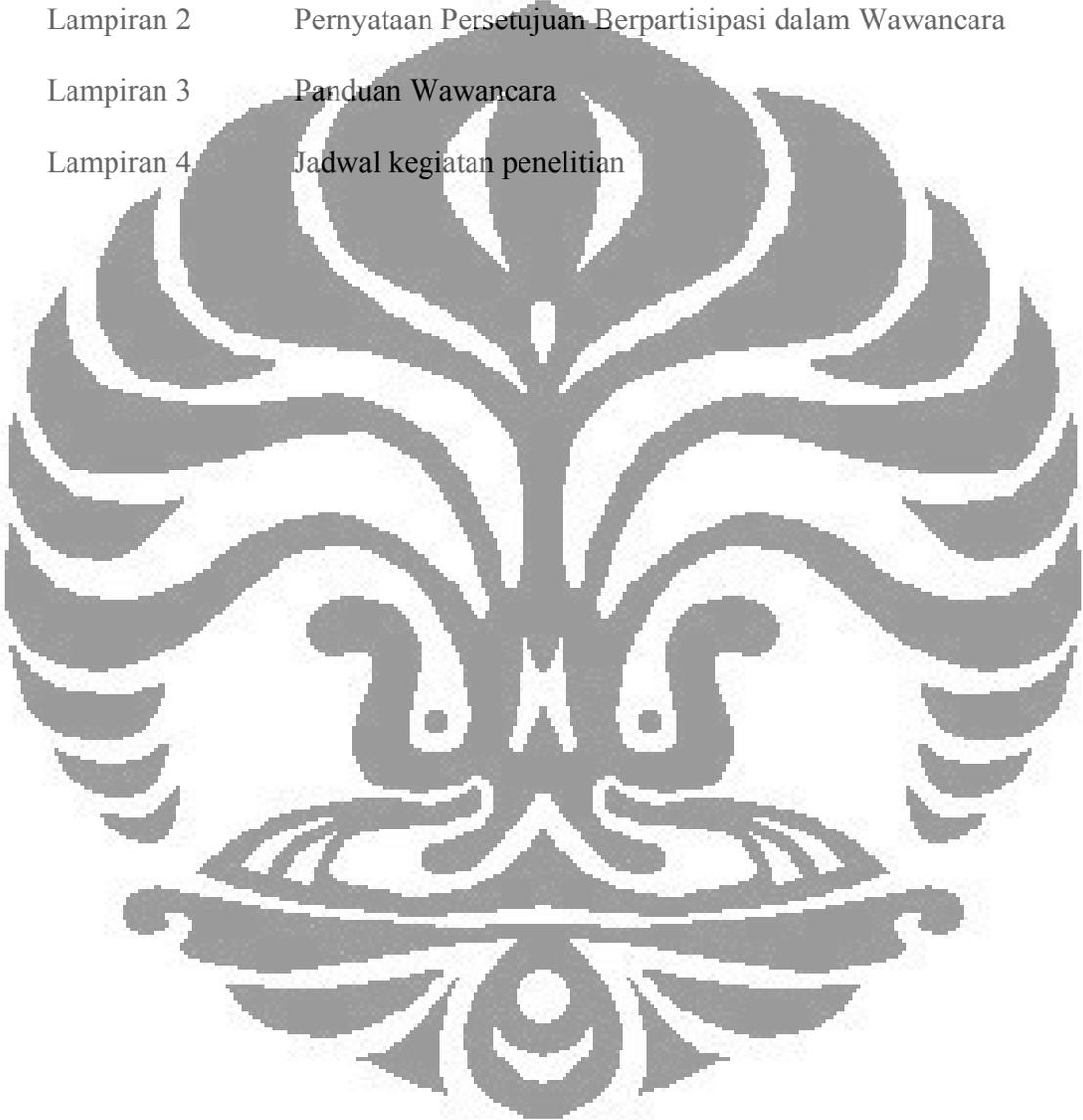


DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Pengantar partisipan
Lampiran 2	Lembar Persetujuan
Lampiran 3	Panduan Wawancara
Lampiran 4	Daftar Riwayat Hidup
Lampiran 5	Jadwal Penelitian
Lampiran 6	Keterangan lolos Kaji Etik
Lampiran 7	Surat Permohonan Izin Penelitian
Lampiran 8	Bukti Ijin penelitian

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Pengantar Partisipan
- Lampiran 2 Pernyataan Persetujuan Berpartisipasi dalam Wawancara
- Lampiran 3 Panduan Wawancara
- Lampiran 4 Jadwal kegiatan penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *American Diabetes Association* (2005) diabetes mellitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya. Hiperglikemik kronik pada diabetes berhubungan dengan kerusakan jangka panjang, disfungsi atau kegagalan beberapa organ tubuh (Black & Hawks, 2005; Soegondo S, dkk, 2007).

Setiap tahunnya diperkirakan jumlah penderita DM akan cenderung meningkat. Pada tahun 2030 diperkirakan 366 juta pasien DM di dunia dan ini berkaitan dengan perubahan gaya hidup (Wild, et al. 2004). Survey WHO tahun 2001 melaporkan bahwa Indonesia menempati urutan ke-4 terbesar dalam pasien DM di dunia setelah India, China, dan USA. Menurut Pusat Data dan Informasi Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (2008) pada tahun 2006 jumlah pasien diabetes di Indonesia mencapai 14 juta orang, dari jumlah tersebut sebanyak 50 % yang terdiagnosa dengan pasti mengalami DM dan 30 % yang melakukan pengobatan secara teratur.

DM tidak hanya menyebabkan terjadinya komplikasi akut namun juga komplikasi kronik yang ditimbulkan oleh adanya *mikroangiopati* maupun *makroangiopati* yang dialaminya. Komplikasi kronik biasanya terjadi dalam 5-10 tahun setelah diagnosis ditegakkan (Smeltzer & Bare, 2008). Ulkus (luka) kaki pada pasien DM merupakan tanda adanya komplikasi vaskular dan *neuropathy*. Ulkus kaki pada pasien DM disebabkan oleh kurangnya suplai darah pada arteri dan atau vena. Seperti pada pasien ulkus kronik umumnya, pasien ulkus DM dapat merasakan kehilangan sensasi, mudah terjadi trauma dan kerusakan kulit, deformitas kaki bahkan sampai mengalami hospitalisasi hingga amputasi (Ribu & Wahl, 2004).

Prevalensi ulkus kaki pada pasien DM dilaporkan bervariasi pada beberapa populasi yaitu berkisar dari 2% hingga 10% dan 7%-20% pasien ulkus kaki DM mengalami amputasi serta 85 % amputasi pada ekstremitas bawah disebabkan oleh ulkus kaki yang dialami pasien DM (Frykberg, et al. 2006). Di United Kingdom pasien DM sebanyak 1, 8 juta jiwa dan diramalkan akan meningkat menjadi tiga juta jiwa pada tahun 2010, oleh sebab itu ulkus kaki diabetes akan menjadi suatu isu kesehatan masyarakat yang utama (Cavanagh et al, 2005 dalam Bielby, 2006).

Prevalensi ulkus kaki diabetes ini meningkat pada beberapa negara akibat permasalahan ekonomi, *standar foot care* dan kualitas dari *footware* (IWGDF, 1999 dalam Ribu & Wahl, 2004). Beberapa penelitian di Indonesia melaporkan bahwa angka kematian ulkus gangren pada pasien DM berkisar 17%-32%, sedangkan laju amputasi berkisar antara 15%–30% (Tambunan dalam Soegondo, 2007).

Ulkus kaki mungkin membutuhkan waktu berminggu-minggu atau bulan dalam proses penyembuhannya, dan ulkus yang tidak sembuh mungkin akan mengalami infeksi, gangren dan amputasi. Ulkus merupakan penyebab umum masuknya pasien DM ke rumah sakit (Frykberg, et al. 2006). Amerika Serikat memperkirakan 1 dari 5 pasien DM berkembang menjadi ulkus kaki yang pada akhirnya akan mengalami amputasi, menimbulkan konsekuensi ekonomi yaitu sekitar 3220 juta dollar pertahunnya, 62 % pasien diabetes dengan ulkus kaki membutuhkan 20 minggu hari perawatan untuk proses penyembuhannya. Proses penyembuhan yang buruk juga akan berdampak pada peningkatan morbiditas, distress, gangguan fungsional dan peningkatan biaya pelayanan kesehatan (Searle, et al. 2005).

Kepatuhan pasien terhadap penatalaksanaan DM juga berpengaruh terhadap terjadinya ulkus kaki. Waluya (2008) dalam penelitiannya tentang hubungan kepatuhan pasien dengan kejadian ulkus diabetik di RS Hasan Sadikin Bandung menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara kepatuhan pasien DM dengan kejadian ulkus diabetik. Pasien yang tidak patuh beresiko lebih tinggi mengalami ulkus diabetik (OR = 34,00). Pasien DM yang tidak patuh dalam mengontrol glukosa darah, diet, aktivitas, kunjungan berobat dan tidak patuh melakukan perawatan kaki menyebabkan tidak terkendalinya glukosa darah, terjadi neuropati dan trauma sehingga resiko terjadi ulkus sangat besar.

Di Indonesia tingkat kepatuhan pasien terhadap penatalaksanaan DM juga masih rendah. Isabella (2008) melakukan studi fenomenologi terhadap 8 (delapan) orang pasien DM tentang pengalaman ketidakpatuhan pasien terhadap penatalaksanaan

DM di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta, dari hasil penelitian tersebut disimpulkan bahwa alasan terbanyak pasien tidak patuh terhadap penatalaksanaan DM adalah karena tidak memahami manfaat mematuhi penatalaksanaan tersebut.

Ulkus kaki yang dialami oleh pasien DM tidak hanya memberikan dampak perubahan fisik pada penderitanya namun juga dapat berdampak pada kehidupan sehari-harinya. Studi tentang kualitas hidup pasien *chronic venous ulcer* menunjukkan bahwa pasien dengan ulkus kronik mengalami situasi kesulitan hidup akibat adanya keterbatasan mobilitas dan aktivitas, nyeri, proses penyembuhan yang panjang (Lindolm, et al. 1993, dalam Ribu & Wahl, 2004).

Persoon, et al. (2003) juga melakukan studi kualitatif terhadap dampak ulkus kaki pada kehidupan pasien dan kemudian melakukan studi kuantitatif terhadap kualitas hidup pasien ulkus. Nyeri adalah dampak dominan yang dialami oleh pasien ulkus kaki. Problem yang lain yaitu adanya gangguan tidur, keterbatasan mobilitas, kehilangan energi dan penurunan aktivitas, kekhawatiran, frustrasi dan kehilangan harga diri. Melalui studi kuantitatifnya dinyatakan bahwa pasien dengan ulkus kaki secara signifikan mengalami penurunan kualitas hidupnya dan ini berhubungan dengan usia, jenis kelamin, intensitas nyeri, lamanya ulkus, gangguan tidur dan gangguan mobilitas yang dialaminya.

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan peneliti pada saat melakukan praktek klinik pada bulan Maret-April 2008 di RSUPN Dr CiptoMangunkusumo Jakarta, beberapa pasien ulkus kaki diabetes mengungkapkan kesedihan, pasrah dan

keputusan terhadap kondisinya. Peneliti juga melakukan pengamatan terhadap asuhan keperawatan yang dilakukan oleh beberapa perawat di ruang rawat inap terpadu gedung A RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo terhadap pasien ulkus kaki diabetes, dimana nampak sebagian besar perawat hanya memfokuskan diri pada prosedural yang rutin (misalkan pengambilan darah, penyuntikan insulin, perawatan luka, dll). Perawat kurang melakukan komunikasi interpersonal dan memberikan intervensi khusus terkait dengan masalah psikososial yang dialaminya.

Perawatan yang diberikan pada pasien dengan kondisi ulkus seharusnya tidak hanya terfokus pada kondisi ulkus tersebut melainkan perawatan yang menyeluruh (*comprehensive care*) meliputi biopsikososial spiritual klien. Spilsbury, et al. (2006) melalui studi kualitatif terhadap perspektif pasien ulkus yang menerima layanan keperawatan menyatakan bahwa para perawat kurang maksimal dalam memahami terhadap adanya nyeri, ketidaknyamanan dan distress yang dialaminya selama melakukan perawatan ulkus mereka, perawat hanya memfokuskan pada kondisi ulkus. Hal ini juga dinyatakan oleh Ribu dan Wahl (2004) yang melakukan studi kualitatif terhadap pengalaman pasien ulkus diabetes yang menerima layanan keperawatan dan dilaporkan bahwa mereka kurang mendapatkan informasi tentang kondisinya, tidak adanya kesinambungan dalam keperawatan, perawat-perawat tidak memandang pasien sebagai individu perseorangan, tetapi memfokuskan semata-mata hanya pada luka mereka dan mereka menganggap bahwa perawat yang ideal adalah perawat yang melibatkan mereka dan mencoba untuk memahami situasi mereka secara seutuhnya, termasuk aspek psikososial para pasiennya.

Beberapa studi menunjukkan bahwa aspek psikososial merupakan bagian yang integral dalam manajemen diabetes. Dampak psikososial dan komplikasi yang berat bahkan ramalan akan kematian merupakan masalah yang lebih berat dibandingkan masalah fisiologis akibat DM. Carington, dkk. (1996, dalam Vileikyte 2003) melakukan perbandingan status psikososial pada pasien ulkus kronik diabetes dengan atau tanpa amputasi dengan pasien diabetes tanpa ulkus. Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa status psikososial pasien dengan ulkus diabetes lebih rendah dibanding pasien diabetes tanpa kerusakan kaki.

Talaz dan Cinar (2006) dalam studinya menyatakan bahwa pasien diabetes yang mengalami ulkus tidak hanya memiliki penyesuaian psikososial yang lebih rendah namun juga kontrol metabolik yang buruk dibandingkan dengan pasien diabetes tanpa ulkus. Penelitian tersebut juga merekomendasikan bahwa perawat harus mengkaji dan memberikan dukungan terhadap penyesuaian psikososial untuk mencegah komplikasi lebih lanjut dari diabetes yang dideritanya yang salah satunya adalah masalah ulkus kaki.

Satu penelitian di London oleh Ismail, et al. (2007) terhadap 253 pasien yang pertama kali menderita ulkus kaki diabetes diperoleh bahwa 30 % pasien mengalami gejala depresi, 24,1 % mengalami gangguan depresi mayor, dan 8,1 % mengalami depresi minor. Kemudian pasien diawasi delapan belas bulan kemudian dan didapatkan hasil 16 % mengalami kematian, 14 % diamputasi dan 39 % orang mengalami kekambuhan ulkus kembali. Dinyatakan juga bahwa pasien dengan

ulkus kaki diabetes dengan depresi mengalami resiko kematian tiga kali lebih besar dibandingkan dengan pasien dengan ulkus kaki diabetes tanpa depresi.

Ilmu psychoneuroimmunologi telah banyak membahas tentang hubungan antara faktor psikologi terhadap endokrin dan sistem kekebalan serta peran endokrin dan sistem imun terhadap proses penyembuhan. Pada kondisi stress hipotalamus akan menstimulasi hormon *adrenocorticotropic* (ACTH) untuk mengeluarkan kortisol dan kortisol yang tinggi dalam tubuh akan menurunkan sistem imunoglobulin, menurunkan jumlah polimorfonukleat (PMN), limfosit, makropag serta menimbulkan atropi jaringan limfosit dalam timus, limfa dan kelenjar limfa. Kelebihan kortisol dalam tubuh juga akan mempengaruhi tingkah laku dan emosi dimana emosi menjadi labil, mudah tersinggung dan dapat mengakibatkan depresi (Sholeh, 2006). Stotts dan Wipke-Tevis (1996, dalam King & Gordon, 2001) melakukan penelitian terhadap faktor-faktor yang mengganggu dalam proses penyembuhan luka menyatakan bahwa faktor stress psikososial mempengaruhi penyembuhan luka serta merekomendasikan perlunya perawat memperhatikan aspek psikososial sebagai bagian penting dalam perawatan luka.

Pasien ulkus kaki diabetes tidak hanya memerlukan dukungan fisik, namun juga dukungan psikologis dan sosial. Dukungan dapat berasal dari orang yang dekat dengan pasien atau dari orang-orang yang mempunyai pengalaman sama dengan pasien. Literatur menyebutkan bahwa adaptasi pasien terhadap penyakit kronis yang dialaminya dipengaruhi oleh interaksi/dukungan sosial. Salah satu dukungan sosial adalah dukungan yang berasal dari keluarga. Dukungan keluarga secara signifikan

berhubungan dengan perilaku kesehatan yang positif dengan mematuhi aktivitas kesehatan (Belgrave & Lewis, 1994 dalam Wu Shu Fang, 2007).

Goz, et al. (2007) melakukan penelitian tentang hubungan dukungan sosial terhadap kualitas hidup pada 66 pasien DM Type II. Dari penelitian tersebut dinyatakan bahwa semakin tinggi dukungan sosial yang didapat pasien DM maka kualitas hidupnya juga meningkat. Penelitian ini juga merekomendasikan perlunya perawat merencanakan beberapa strategi untuk meningkatkan dukungan sosial pada pasien DM.

Melihat fenomena di atas, tampak bahwa masalah pasien dengan DM khususnya yang mengalami ulkus begitu banyak dan kompleks. Meskipun studi di luar negeri sudah banyak terungkap tentang masalah psikososial pasien dengan ulkus kaki diabetes, tetapi di Indonesia sendiri belum banyak laporan mengenai hal ini. Indonesia terkenal dengan wilayah yang luas dengan beraneka budaya dan agama serta kondisi sosial ekonomi yang beragam dibandingkan dengan negara lain sehingga pengalaman yang dialami pasien ulkus kaki diabetes sangat mungkin berbeda.

Penelitian ini mengungkap fenomena tersebut yang difokuskan pada pengalaman psikososial pasien dengan ulkus kaki diabetes dengan menggunakan pendekatan kualitatif fenomenologi dimana dengan pendekatan ini diharapkan informasi yang terkait dengan fenomena di atas secara komprehensif akan diperoleh. Melalui berbagai ekspresi pengalaman para pasien diharapkan dapat memahami secara lebih

baik tentang kebutuhan perawatan pasien dengan ulkus kaki diabetes khususnya dari aspek psikososial.

B. Rumusan Masalah

Dampak ulkus kaki yang dialami pasien DM ini tidak hanya menyebabkan terjadinya perubahan fisik namun juga memberikan dampak terhadap psikologi dan kehidupan sosialnya. Kondisi stress psikologis dan sosial, kecemasan dan depresi yang tidak diatasi dengan baik akan mempengaruhi kontrol metabolik dan status imun pasien. Rendahnya kontrol metabolik dan penurunan imun pada pasien dengan ulkus kaki diabetes dapat menyebabkan gangguan dalam penyembuhan luka, lamanya waktu yang dibutuhkan dalam proses penyembuhan, kondisi infeksi dan nekrotik yang lebih parah, bahkan dapat menimbulkan terjadinya amputasi serta kematian pada pasien dengan ulkus kaki diabetes.

Berdasarkan fenomena tersebut maka pengalaman pasien ulkus kaki diabetes terutama difokuskan pada pengalaman psikologi dan sosialnya, arti dan makna hidup dengan ulkus bagi pasien DM perlu dipelajari secara mendalam. Untuk memahami fenomena-fenomena tersebut, maka rumusan masalah dalam studi ini adalah “Bagaimana pengalaman psikososial pasien dengan ulkus kaki diabetes dalam konteks asuhan keperawatan diabetes mellitus? “

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum :

Mengeksplorasi dan memperoleh pemahaman yang mendalam tentang pengalaman psikososial yang dialami pasien dengan ulkus kaki diabetes dalam konteks asuhan keperawatan diabetes melitus.

2. Tujuan Khusus :

Setelah menyelesaikan penelitian ini, peneliti mampu:

- a. Mengeksplorasi gambaran arti/makna dari respon psikologis yang dialami pasien dengan ulkus kaki diabetes.
- b. Mengeksplorasi gambaran arti/makna dari respon sosial yang dialami pasien dengan ulkus kaki diabetes.
- c. Mengeksplorasi gambaran tentang mekanisme coping yang digunakan terhadap masalah psikologis dan sosial pasien dengan ulkus kaki diabetes.
- d. Mengeksplorasi gambaran tentang dukungan keluarga dan sosial pada pasien dengan ulkus kaki diabetes.
- e. Mengeksplorasi gambaran tentang pelayanan yang sudah diperoleh dan harapan/kebutuhan pelayanan keperawatan pada pasien dengan ulkus kaki diabetes.

D. Manfaat

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat pada :

1. Pelayanan Keperawatan Medikal Bedah

Dengan mendapatkan gambaran tentang pengalaman psikososial pasien dengan ulkus kaki diabetes, perawat medikal bedah yang bekerja di tatanan layanan keperawatan dapat menjadikannya sebagai landasan dalam memberikan pelayanan yang holistik. Hasil penelitian ini juga sebagai dasar bagi perawat spesialis medikal bedah untuk lebih meningkatkan pemahamannya tentang pengalaman psikososial pasien dengan ulkus kaki diabetes yang nantinya dapat digunakan dalam menetapkan tindakan keperawatan yang mandiri, lebih spesifik dan berkualitas sehingga asuhan yang komprehensif dapat diwujudkan dan akhirnya akan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

2. Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan menambah kekayaan keilmuan keperawatan di Indonesia yang berhubungan dengan keperawatan medikal bedah khususnya pada aspek psikososial pasien dan menjadi masukan bagi pengembangan kurikulum pendidikan keperawatan.

3. Bagi penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan bagi peneliti lainnya yang mempunyai perhatian dan minat terhadap pengembangan asuhan keperawatan pada pasien DM khususnya yang sudah mengalami komplikasi ulkus kaki terutama pada aspek psikososialnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Diabetes Melitus

1. Pengertian

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dan bersifat degeneratif yang dimanifestasikan oleh kehilangan toleransi karbohidrat dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena gangguan sekresi insulin oleh sel β pankreas, kerja insulin, gangguan produksi, gangguan pengambilan glukosa darah oleh sel otot dan sel hati atau oleh produksi berlebihan dari hati (*American Diabetes Association [ADA] 1998 dalam Soegondo, 2007; Price & Wilson, 2006; Darmono dalam Soeparman, 1999*).

Dalam keadaan normal sejumlah tertentu glukosa bersirkulasi di dalam darah. Sumber utama glukosa adalah absorpsi dari makanan yang masuk ke dalam saluran gastrointestinal dan pembentukan glukosa oleh hati dari zat-zat makanan, kadarnya dalam darah diatur oleh insulin, yaitu suatu hormon yang diproduksi oleh pankreas, berfungsi mengontrol kadar glukosa dalam darah dengan cara mengatur pembentukan dan penyimpanan glukosa. Pada kondisi diabetes, sel-sel berhenti berespon terhadap insulin atau pankreas berhenti memproduksi insulin. Kondisi ini menyebabkan terjadinya hiperglikemia yang dapat menyebabkan

komplikasi metabolik akut. Efek jangka panjang hiperglikemia berkontribusi terjadinya komplikasi makrovaskular, komplikasi mikrovaskular dan komplikasi neuropatik (Smeltzer & Bare, 2008).

2. Klasifikasi dan Etiologi

Menurut ADA (2007) DM diklasifikasikan menjadi menjadi 4 golongan klinis, yaitu:

- a. DM tipe 1 (akibat adanya destruksi sel β , umumnya karena defisiensi insulin absolut)
- b. DM tipe 2 (akibat adanya gangguan sekresi insulin yang progressif sampai adanya resistensi insulin)
- c. DM tipe lain, yang disebabkan oleh beberapa hal seperti defek genetik, fungsi sel β , defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas (seperti fibrosis kistik) dan karena obat dan zat kimia (seperti pada penatalaksanaan AIDS atau setelah transplantasi organ)
- d. DM Kehamilan (didiagnosa selama kehamilan)

3. Patofisiologi & manifestasi klinis

Menurut Price dan Wilson (2006) manifestasi klinis DM berkaitan dengan adanya konsekuensi metabolik defisiensi insulin. Pasien-pasien dengan defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa puasa yang normal, atau mengalami toleransi glukosa setelah makan karbohidrat. Jika kondisi hiperglikeminya berat dan melebihi kemampuan ambang ginjal untuk zat ini, maka timbul *glikosuria*. *Glikosuria* ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang meningkatkan

pengeluaran urin (*poliuria*) dan timbulnya rasa haus (*polidipsi*). Karena glukosa hilang bersama urin, maka pasien akan mengalami keseimbangan kalori negatif dan berat badan berkurang. Rasa lapar yang semakin besar maka (*polipagia*) mungkin akan timbul sebagai akibat kehilangan kalori.

Gejala-gejala lain yang ditimbulkan oleh kondisi hiperglikemia dapat berlanjut pada terjadinya perubahan penglihatan yang mendadak, perasaan gatal atau kekebasan pada tangan atau kaki, kulit kering, adanya lesi luka yang penyembuhannya lambat dan infeksi berulang (Smeltzer & Bare, 2008). Efek jangka panjang DM meliputi perkembangan progresif komplikasi spesifik retinopati yang berpotensi menimbulkan kebutaan, nephropati yang dapat menyebabkan terjadinya gagal ginjal, dan atau neuropati dengan risiko ulkus diabetik, amputasi, sendi *charcot*, serta disfungsi saraf autonom yang dapat menimbulkan disfungsi seksual (WHO, 1999).

4. Komplikasi

Price dan Wilson (2006) membagi komplikasi DM menjadi dua kategori yaitu komplikasi metabolik akut dan komplikasi vaskular jangka panjang.

a. Komplikasi metabolik akut

Komplikasi metabolik DM disebabkan oleh adanya perubahan yang relatif akut pada konsentrasi glukosa plasma yaitu hipoglikemia dan hiperglikemia.

1) Hipoglikemia

Hipoglikemia terjadi jika kadar glukosa darah turun di bawah 50 hingga 60 mg/dl. Kondisi ini umumnya ditemukan pada DM tipe I, namun tidak

menutup kemungkinan juga dapat dialami pada pasien DM tipe II yang menjalani pengobatan insulin dan obat oral DM. Penyebab lainnya yang dapat menimbulkan hipoglikemia juga dinyatakan oleh yaitu makan kurang dari yang ditentukan, berat badan turun, sesudah olah raga, sesudah melahirkan dan sembuh dari sakit (Black, 2005; Smeltzer & Bare, 2008; Budisantoso & Subekti dalam Soegondo, 2007).

Hipoglikemia ditegakkan bila kadar glukosa plasma ≤ 63 mg% (3,5 mmol/L). Berbagai studi fisiologis menunjukkan bahwa gangguan fungsi otak sudah terjadi pada kadar glukosa darah 55 mg/dL (3 mmol/L). Lebih lanjut diketahui bahwa kadar glukosa darah 55 mg/dL yang berulang kali dapat merusak mekanisme proteksi endogen terhadap hipoglikemia yang lebih berat (Wahono Soemadji dalam Sudoyo, 2006).

2) Hiperglikemia

Kondisi hiperglikemia disebabkan akibat gagalnya transportasi glukosa ke dalam sel akibat rendahnya insulin. Kondisi ini secara anamnesis dilaporkan akibat adanya masukan kalori yang berlebihan, penghentian obat oral maupun insulin yang didahului stres akut. Secara klinis dan diagnostik terdapat 2 (dua) sub kelompok pada kondisi hiperglikemia ini yaitu Diabetes Ketoasidosis (DKA) dan Hiperglikemik Hiperosmolar Koma Non Ketotik (HHNK).

Pada diabetes ketoasidosis pasien mengalami hiperglikemia dan *glukosuria* berat, penurunan *lipogenesis*, peningkatan *lipolisis*, dan peningkatan oksidasi

asam lemak bebas disertai pembentukan benda keton. Peningkatan keton dalam plasma menyebabkan ketosis dengan tanda khas penurunan kesadaran disertai dehidrasi berat (Budisantoso & Subekti dalam Soegondo, 2007; Price & Wilson, 2002; Smeltzer & Bare, 2008).

Pada hiperglikemia hiperosmolar koma non ketotik, hiperglikemia muncul tanpa ketosis, menyebabkan hiperosmolaritas, *diuresis osmotik* dan dehidrasi. Gejala klinis utamanya adalah dehidrasi berat, hiperglikemia berat dan sering disertai gangguan neurologis dengan atau tanpa adanya ketosis. Pengobatan pada kondisi ini dilakukan dengan rehidrasi, pengantian elektrolit dan insulin regular. (Price & Wilson, 2006 ; Soewondo dalam Sudoyo, 2006).

b. Komplikasi vaskular jangka panjang

Komplikasi vaskular jangka panjang dari DM melibatkan pembuluh-pembuluh darah yang kecil (*mikroangiopati*) dan pembuluh darah sedang atau besar (*makroangiopati*). *Mikroangiopati* merupakan lesi spesifik DM yang menyerang kapiler dan arteriol retina (*retinopati diabetik*), glomerulus ginjal (*nefropati diabetik*) dan saraf-saraf perifer (*neuropati diabetik*), otot-otot dan kulit. *Makroangiopati* ditandai dengan gambaran histopatologis berupa aterosklerosis. *Makroangiopati* diabetik dapat menyebabkan penyumbatan vaskuler. Bila mengenai arteri perifer maka dapat mengakibatkan insufisiensi vaskuler perifer disertai *klaudikasio intermitten* dan gangren pada ekstremitas. Bila yang terkena arteri koronaria dan aorta maka dapat mengakibatkan angina dan infark miokard (Price & Wilson, 2006; Smeltzer & Bare, 2008).

5. Diagnosis

Diagnosis klinis DM umumnya akan dipikirkan bila ada keluhan khas DM berupa *poliuria*, *polidipsia*, *polifagia*, dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya. Keluhan lain yang mungkin dikemukakan pasien adalah lemah, kesemutan, gatal, penglihatan kabur, disfungsi ereksi pada pria dan *pruritus vulvae* pada pasien wanita. Jika ada keluhan khas, pemeriksaan gula darah sewaktu ≥ 200 mg/dl sudah cukup untuk menegakkan diagnosis DM. Hasil pemeriksaan kadar glukosa darah puasa ≥ 126 mg/dl juga digunakan untuk patokan diagnosis. Kelompok tanpa keluhan khas DM, hasil pemeriksaan gglukosa yang baru satu kali saja abnormal, belum cukup kuat untuk menegakkan diagnosis DM. Diperlukan pemastian lebih lanjut dengan mendapat sekali lagi angka abnormal, baik kadar glukosa darah puasa ≥ 126 mg/dl, kadar gula darah sewaktu ≥ 200 mg/dl pada hari yang lain, atau dari hasil tes toleransi glukosa oral (TTGO) didapatkan kadar glukosa darah paska pembebanan ≥ 200 mg/dl (Gustraviani dalam Sudoyo, dkk. 2006; Soegondo, 2007).

6. Penatalaksanaan

Menurut Soegondo (2007) langkah pertama dalam mengelola DM adalah dengan pendekatan non farmakologis terlebih dahulu, yaitu berupa perencanaan makan dan kegiatan jasmani. Jika langkah non farmakologis tersebut tidak tercapai dapat dilanjutkan dengan obat/pengelolaan farmakologis. Ada 4 (empat) pilar utama dalam pengelolaan DM di Indonesia yaitu perencanaan makan, latihan jasmani, obat berkhasiat hipoglikemik dan

penyuluhan. Sedangkan Smeltzer & Bare (2008) menyatakan tujuan utama terapi DM adalah menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskular dan neuropatik.

DM merupakan gangguan unik yang membutuhkan perilaku manajemen diri individu, bagaimana individu mampu mengelola kesulitan-kesulitan yang dialaminya merupakan hal yang paling utama dalam penatalaksanaan DM. Terdapat 2 (dua) paradigma dasar dalam penatalaksanaan pasien dengan penyakit kronis seperti DM yaitu biomedikal dan psikososial. Dua paradigma ini harus saling terintegrasi dalam rangka mewujudkan tujuan kesehatan yang optimal (Dunning, 2003).

ADA (2007) merekomendasikan bahwa penatalaksanaan DM harus dibuat sebagai suatu kesatuan terapeutik antara pasien, keluarga, dokter, perawat dan tim kesehatan lainnya. Dalam mengembangkan penatalaksanaan DM harus dipertimbangkan usia, kondisi kerja atau sekolah, aktivitas fisik, pola makan, *personality*, situasi sosial, budaya, serta adanya penyulit komplikasi atau penyakit lain. Berbagai strategi dan teknik harus digunakan dalam menyediakan pendidikan dan pengembangan *problem solving* yang adekuat. Implementasi dalam penatalaksanaan DM harus dipahami dan disepakati oleh pasien dan pemberi layanan agar tujuan dan rencana pengobatan dapat terlaksana dengan baik.

B. Ulkus Kaki Diabetes

Kelainan pada kaki merupakan sumber utama dari morbiditas dan hospitalisasi pada pasien diabetes. Diestimasikan 15 % pasien DM akan berkembang menjadi ulkus kaki (Frykberg et al, 2006). Lima puluh sampai tujuh puluh persen (50–70%) amputasi ekstremitas bawah dilakukan pada pasien DM. Sebanyak 50 % dari kasus amputasi pada pasien DM ini diperkirakan dapat dicegah bila pasien diajarkan tindakan preventif dalam perawatan kaki (Smeltzer & Bare, 2008). Angka kematian dan angka amputasi di RSUPN Cipto Mangunkusumo Tahun 2003 pada pasien DM ini juga masih tinggi yaitu sebesar 16 % dan 25 %. Nasib para penyandang DM paska amputasi juga masih sangat buruk. Sebanyak 14,3 % akan meninggal dalam setahun paska amputasi, dan sebanyak 37% akan meninggal 3 tahun paska amputasi (Waspadji dalam Sudoyo, dkk, 2006).

1. Pengertian

Menurut defenisi dari WHO kaki diabetik adalah kelainan patologis kaki yang terdiri dari infeksi, ulserasi dan rusaknya jaringan yang lebih dalam yang berkaitan dengan gangguan neurologis, kondisi penyakit arteri perifer yang parah dan komplikasi metabolik pada ekstremitas bawah (Frykberg, et al. 2006).

2. Patofisiologi

Terjadinya masalah kaki pada pasien DM diawali adanya hiperglikemia yang menyebabkan kelainan neuropati dan kelainan pada pembuluh darah. Neuropati, baik neuropati sensorik maupun motorik dan autonomik akan

menyebabkan berbagai perubahan pada kulit dan otot, yang kemudian menyebabkan terjadinya perubahan distribusi tekanan pada telapak kaki dan selanjutnya akan mempermudah terjadinya ulkus. Adanya kerentanan terhadap infeksi menyebabkan infeksi merebak menjadi infeksi yang luas. Faktor aliran darah yang kurang juga akan lebih lanjut menambah rumitnya pengelolaan kaki DM (Waspadji dalam Sudoyo, dkk, 2006).

Faktor risiko yang menyebabkan terjadinya komplikasi kaki diabetik meliputi neuropati perifer, kelainan bentuk kaki, ulkus, infeksi dan gangguan pembuluh darah perifer. Insufisiensi dari arteri akibat penyakit mikrovaskuler dimanifestasikan dengan adanya *klaudizio*, nyeri pada saat istirahat atau tidur, tidak adanya nadi popliteal atau tibia, penipisan dan keringnya kulit, tidak adanya rambut kaki, kemerahan dan pucat pada saat kaki dielevasikan. Gangguan arteri akan mengganggu kemampuan penyembuhan luka (Benbow, 2005).

3. Klasifikasi Ulkus Kaki Diabetes

Ada beberapa sistem untuk menilai derajat ulkus kaki diabetes, diantaranya adalah sistem klasifikasi Wagner, klasifikasi Texas, klasifikasi Edmonds dan lain sebagainya. Adapun sistem klasifikasi menurut Wagner dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 2.1
Klasifikasi ulkus DM Berdasarkan Sistem Wagner

Grade	Lesi
0	Tidak terdapat lesi terbuka, mungkin hanya deformitas dan selulitis
1	Ulkus diabetik superfisial
2	Ulkus meluas mengenai ligament, tendon, kapsul sendi atau otot dalam tanpa abses atau osteomielitis
3	Ulkus dalam dengan abses, osteomielitis atau infeksi sendi
4	Gangren setempat pada bagian depan kaki atau tumit
5	Gangren luas meliputi seluruh kaki

Sumber : Frykberg, et al (2006)

4. Dampak psikososial pada ulkus kaki diabetes

Kondisi kronik seperti halnya DM memiliki dampak pada kehidupan pasien, teman, keluarga dan hubungannya dengan orang lain. Keterampilan coping juga berpengaruh positif pada kesehatan emosional dan respon fisik seseorang. Reaksi terhadap diagnosis DM unik pada beberapa individu, diantaranya adalah marah, rasa bersalah, tidak berdaya, bingung, dan *denial*. Banyak faktor yang mempengaruhi bagaimana pasien DM dapat menerima kondisi ini dan dapat berpartisipasi dalam perawatan dirinya. Faktor-faktor tersebut yaitu usia, pengetahuan, kepercayaan, *locus of control*, dukungan keluarga dan budaya (Dunning, 2003).

Mudjadid dan Rudi (2000, dalam Sudoyo, dkk. 2006) menyatakan bahwa “faktor emosi atau stresor sangat mempengaruhi status kesehatan seseorang. Perjalanan penyakit seperti halnya DM juga dipengaruhi oleh stresor psikososial. Gangguan psikosomatis yang sering dialami pada pasien DM

adalah depresi dan *ansietas*. Pada pasien DM, adanya depresi dapat mempengaruhi kontrol gula darah dan memperburuk perjalanan penyakit serta meningkatkan komplikasi serius”. Gejala depresi pada pasien DM menyebabkan rendahnya *diabetes self management* (misalkan modifikasi diet, aktivitas fisik, injeksi insulin) dan meningkatkan resiko komplikasi diabetes (Black, 1999). Hal yang sama juga dinyatakan oleh Grandinetti, et al. (2000) dalam penelitiannya terhadap penduduk Hawaii baik yang mengalami DM atau tidak menemukan terdapat hubungan yang signifikan (odds ratio = 3,2) antara prevalensi depresi dengan peningkatan nilai HbA1c ($\geq 7\%$) setelah dikontrol oleh usia, jenis kelamin, sosial support dan indeks massa tubuh).

Chiechanowsky, Katon, dan Russo (2000) juga menyatakan bahwa pasien DM memiliki insiden yang tinggi untuk terjadinya depresi dibandingkan dengan penyakit yang lain. Pasien DM yang mengalami depresi disebabkan oleh adanya *self care* yang tidak adekuat. Tingkat keparahan depresi pada pasien DM berhubungan dengan diet yang jelek, ketidakpatuhan regimen, gangguan fungsional dan tingginya biaya yang dikeluarkan.

Penelitian telah memperlihatkan ada hubungan signifikan antara gejala depresi dengan penyembuhan luka. Salah satunya oleh Monami, et al. (2008) melakukan *cohort observational study* terhadap 80 pasien ulkus DM dengan usia 60 tahun atau lebih, dalam penelitiannya tersebut dihasilkan bahwa pasien yang ulkusnya kambuh kembali (59,3%) menunjukkan skor

depresi yang tinggi. Penelitian tersebut menyimpulkan adanya hubungan yang signifikan antara gejala depresi dengan penyembuhan yang terganggu dan kambuhnya ulkus pada pasien DM.

White, Richter, dan Fry (1992, dalam Degazon & Parker, 2007) mengemukakan adaptasi psikososial merupakan suatu proses yang melibatkan faktor eksternal dan internal. Orang-orang dengan penyakit kronis, seperti DM, yang dapat beradaptasi dengan baik akan dapat menerima kenyataan penyakitnya, mengatur ulang dan merestrukturisasi lingkungan sehingga ada makna dan tujuan di dalam kualitas hidup melebihi keterbatasan-keterbatasan yang ditimbulkan oleh penyakit tersebut. Depresi dan kecemasan lebih sering terjadi pada pasien DM dibandingkan orang-orang tanpa DM, yang menunjukkan bahwa mereka mengalami adaptasi psikososial yang tidak efektif (Nichols & Brown, 2003 dalam Degazon & Parker, 2007).

Hubungan antara ketidakmampuan beradaptasi terhadap penyakit DM dengan adanya gejala depresi pada pasien DM ditentukan oleh beberapa faktor yaitu, (1) pandangan terhadap penyakit yang diderita, ketidakmampuan dan perasaan negatif sering ditimbulkan oleh adanya pandangan yang keliru mengenai penyakit yang dideritanya. (2) dukungan sosial, dukungan sosial yang kurang baik akan memperberat depresi, sementara kondisi penyakit DM yang buruk membatasi pasien untuk berhubungan sosial secara baik. (3) koping strategi, dengan koping strategi

yang baik, pikiran untuk lari dari kenyataan dapat dihindari dan adaptasi psikologis menjadi lebih baik, sehingga mengurangi kemungkinan gejala depresi (Mudjaddid & Putranto dalam Sudoyo, 2006).

Pasien ulkus kaki memerlukan waktu beberapa minggu bahkan sampai beberapa bulan dalam penyembuhannya, dan ulkus kaki yang tidak sembuh dapat berlanjut menjadi infeksi, gangren, bahkan sampai dilakukan amputasi. Penyembuhan yang jelek pada pasien ulkus akan membuat beban bagi pasiennya termasuk morbiditas, distres, dan terganggunya kemampuan fungsional yang akhirnya meningkatkan biaya akibat perawatan dan pengobatan yang lama (Searle, et al. 2005).

Flett, et al. (1994, dalam Brown 2008) melakukan suatu penelitian untuk membandingkan status kesehatan umum dan kesejahteraan psikologis dari suatu sampel pasien *venous leg ulcer* dengan suatu kelompok kontrol sebagai pembanding. Dari penelitian tersebut dihasilkan pasien *venous leg ulcer* melaporkan tingkat harga diri dan *mood* yang secara bermakna lebih rendah daripada kelompok kontrol.

Luka juga sering menimbulkan stres psikososial yang sangat besar bagi pasien, orang yang merawat, keluarga dan teman-teman pasien. Memiliki sebuah luka dirasakan sebagai adanya suatu ketidaksempurnaan/kecacatan, yang mengakibatkan kerentanan fisik dan emosional. Luka seringkali sangat mempengaruhi kualitas hidup, termasuk pembatasan yang nyata dalam

aktivitas hidup sehari-hari (ADL), nyeri, edema, *fatigue* dan balutan yang besar yang membuat aktivitas-aktivitas sederhana seperti mengganti pakaian dan mandi menjadi hal yang menimbulkan frustrasi dan tidak dapat dilakukan. Ulkus kaki dapat mengganggu kehidupan sosial, pekerjaan rumah tangga, aktivitas waktu luang dan mobilitas (Van Rijswijk 2001, dalam Synder, 2006).

Studi yang dilakukan oleh Brod (1998, dalam Gilpin dan Lagan, 2008) terhadap 14 orang pasien ulkus DM dan 11 orang *caregiver* dilaporkan seluruhnya mengalami gangguan kualitas hidup. Hal ini berhubungan dengan penurunan mobilitas dan kurangnya berpengalaman dalam beradaptasi terhadap perubahan gaya hidup, dan merupakan beban tambahan terhadap anggota keluarga mereka serta *caregiver*, serta menyebabkan konflik dan stres. Sebuah penelitian juga dilakukan oleh Ashford, et al. (2000 dalam Gilpin dan Lagan, 2008) melalui studi kualitatif tentang persepsi kualitas hidup 12 orang pasien ulkus kaki diabetes dan melaporkan bahwa mereka banyak tergantung pada keluarga serta teman mereka untuk melaksanakan tugas yang biasa mereka lakukan sendiri, (sebagai contoh, mengganti balutan dan mengikuti janji bertemu). Permasalahan tersebut kadang-kadang menghasilkan permasalahan hubungan keluarga (*family relationships*). Semua pasien melaporkan bahwa kehilangan mobilitas membuat mereka tidak mampu untuk melakukan tugas setiap hari.

Penelitian oleh Kinmond, et al. (2002) dengan menggunakan pendekatan fenomenologi terhadap aspek psikososial dari kualitas hidup yang menggunakan wawancara semi terstruktur terhadap 21 pasien ulkus kaki diabetes, dilaporkan bahwa sebagian besar partisipan menyoroti efek negatif terhadap peranan sosial dan aktivitas-aktivitas mereka sehubungan dengan ulkus kaki. Seseorang melaporkan bahwa imobilitas kaki yang dialaminya selama 3,5 tahun akibat ulkus kaki membuatnya mengalami depresi yang mengakibatkan amputasi sebagai alternatif.

Charles (1995, dalam Beitz dan Goldberg, 2005) juga melakukan studi fenomenologi terhadap pengalaman hidup 4 (empat) orang pasien *chronic venous leg ulcer*. Analisa dari hasil wawancara yang dilakukannya mengungkapkan beberapa tema yaitu: fisik, psikologis, dan area sosial. Subtema fisik mencakup adanya nyeri, gangguan tidur, keterbatasan mobilitas, para profesional kesehatan kurang mendengarkan pasien dan tidak menjelaskan *treatment* yang dilakukan. Subtema psikologis mencakup keputusasaan, ketakberdayaan, dan kehilangan kontrol. Sedangkan subtema sosial dihasilkan bahwa *chronic venous leg ulcers* mempengaruhi pekerjaan interaksi dengan orang lain, mempengaruhi aktivitas-aktivitas hidup sehari-hari mereka, karier serta hubungan pribadi mereka.

Isolasi sosial didefinisikan oleh Victor, et al. (2002, dalam Brown, 2008) sebagai suatu ukuran objektif dari interaksi sosial yang rendah dan berhubungan dengan interaksi individu ke dalam lingkungan sosial yang

lebih luas. Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa klien yang mengalami *venous leg ulcer* mengalami isolasi sosial sebagai akibat dari penyakit mereka. Banyak pasien terkait dengan luka mereka menjadi *ofensif*, memiliki perasaan isolasi berkaitan dengan bau ulkus dan membatasi kontak sosial. Pada pasien dengan ulkus kaki juga mengalami peningkatan skor kecemasan dan depresi, kepuasan hidup yang lebih rendah dan penurunan kontak sosial (Brown, 2008; Roe et al, 1995, dalam Synder, 2006).

Pasien DM bervariasi dalam persepsinya terhadap kualitas hidup mereka dan gaya koping yang digunakan ketika berhubungan dengan stress setiap harinya. Koping pada pasien DM adalah suatu proses dan merupakan faktor utama yang berpengaruh terhadap penilaian pasien terhadap penyakit, kemampuan untuk melakukan tugas adaptif dan kemampuan untuk belajar dan menggunakan keterampilan untuk mengatasi problem dari penyakitnya. Penilaian atau evaluasi kognitif terhadap makna/arti penyakit kronis adalah hal penting dan merupakan bagian yang berpengaruh terhadap penyesuaian pasien terhadap penyakitnya tersebut. Mekanisme koping pada pasien DM berperan dalam pengendalian penyakit DM dan berhubungan dengan kemampuan psikososial. Keterampilan koping pada pasien DM harus dipelajari oleh pelayan kesehatan agar dapat memberikan pelayanan yang menyeluruh dan dukungan emosional (Madhu & Sridhar, 2001).

Mekanisme koping merupakan perilaku adaptasi psikologis individu yang membantu dalam menghadapi stressor. Mekanisme ini dapat berupa

mekanisme koping yang berorientasi pada tugas dan mekanisme pertahanan ego. Mekanisme koping yang berorientasi pada tugas mencakup penggunaan kemampuan kognitif untuk mengurangi stress, memecahkan masalah, menyelesaikan konflik dan memenuhi kebutuhan (Stuarts & Sunden, 1991 dalam Potter & Perry, 2005). Terdapat tiga tipe umum perilaku yang berorientasi pada tugas tersebut yaitu perilaku menyerang, perilaku menarik diri dan perilaku kompromi. Sedangkan mekanisme pertahanan ego sering digunakan untuk membantu melindungi diri terhadap perasaan tidak berdaya dan kecemasan. Terdapat beberapa contoh penggunaan mekanisme pertahanan ego diantaranya yaitu kompensasi, konversi, menyangkal, pemindahan emosi, identifikasi dan regresi.

Setiap pasien membangun pengalamannya terhadap penyakit yang mencakup aspek emosional dan aspek kognitif, yang pada gilirannya akan menentukan strategi koping yang digunakan. Strategi koping yang tepat berperan sangat penting dalam kesehatan fisik dan psikologis pasien. Graue, et al. (2004) meneliti tentang berbagai gaya koping pada pasien remaja DM type 1 dan hubungannya dengan kontrol metabolik dan kualitas hidup mereka. Dari hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa terdapat satu korelasi yang signifikan antara nilai HbA1c dengan perilaku menarik diri (*behavior disengagement*) dan penggunaan gaya koping menyerang (*aggressive coping*). HbA1c adalah salah satu prosedur diagnostik untuk menilai kualitas pengendalian metabolik pada pasien DM. Penggunaan *aggressive coping* dan *behavior disengagement* yang lebih besar berhubungan

dengan peningkatan HbA1c. Sedangkan penggunaan gaya koping aktif (*active coping*) yang besar secara signifikan berhubungan dengan penurunan nilai HbA1c. Penelitian ini juga menyatakan penurunan skor dari kualitas hidup secara signifikan berhubungan dengan penggunaan *emotion focus coping* yang lebih besar dan penggunaan *behavior disengagement* yang tinggi secara signifikan berhubungan dengan penerimaan diri yang rendah terhadap dampak DM.

Garay, et al. (1999) melakukan penelitian tentang peningkaran (*denial*) pada pasien DM Type 2 dan hubungannya dengan kontrol metabolisme. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa pada pasien dengan DM Type 2 peningkaran (*denial*) terhadap penyakit terjadi setelah 5 tahun didiagnosis dan berhubungan dengan kontrol metabolisme yang lemah.

Seseorang dengan penyakit kronis seperti halnya DM juga membutuhkan kekuatan spiritual dalam menghadapi perubahan fungsi tubuh yang dialami. Pengkajian kebutuhan spiritual pasien merupakan satu komponen penting dari keperawatan yang holistik. Banyak penelitian menyatakan bahwa penyakit kronis signifikan berpengaruh terhadap gaya hidup pasien. Narayasamy (2002) melakukan studi fenomenologi untuk memahami koping spiritual pasien yang mengalami penyakit kronis. Tema utama yang muncul dari penelitian ini yaitu pasien dengan penyakit kronis menggunakan koping spiritual sebagai berikut : "keyakinan", berdoa , mencari sumber dukungan serta pasien merasa mendapat manfaat yang besar dari intervensi

keperawatan yang spesifik, mendukung, dan mau mendengarkan kebutuhan spiritual mereka.

C. Asuhan Keperawatan Pasien dengan ulkus diabetes

1. Pengkajian pada pasien dengan ulkus kaki diabetes

Pada pasien dengan ulkus kaki diabetes tetap dilakukan pengkajian keperawatan seperti halnya pasien DM pada umumnya yang mencakup pengkajian terhadap riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik. Pengkajian ini difokuskan pada tanda dan gejala hiperglikemia berkepanjangan dan pada faktor-faktor fisik, emosional, serta sosial yang dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk mempelajari dan melaksanakan berbagai aktivitas perawatan mandiri (Smeltzer & Bare, 2008).

Selain melakukan pengkajian yang bersifat umum, pada pasien dengan ulkus kaki diabetes harus dilakukan pengkajian fokus terhadap ulkus yang dialaminya. Melakukan pengkajian ulkus kaki merupakan hal yang sangat penting karena berkaitan dengan terapi dan perawatan selanjutnya. Penilaian pada ulkus dimulai dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Anamnesis mencakup aktivitas harian klien, sepatu yang digunakan, pembentukan kalus, deformitas kaki, keluhan neuropati, nyeri tungkai saat beraktivitas, durasi mengalami DM, penyakit komorbid, kebiasaan merokok, alkohol dan obat-obat yang sedang dikonsumsi, riwayat mengalami ulkus/ amputasi sebelumnya. Pemeriksaan fisik diarahkan untuk mendapatkan deskripsi karakter ulkus, menentukan ada tidaknya infeksi,

menentukan hal yang melatarbelakangi terjadinya ulkus apakah akibat neuropati, obstruksi vaskuler perifer atau oleh adanya trauma atau deformitas (Suharjo, 2007).

Hess (1999) mengemukakan beberapa hal yang harus dikaji oleh perawat pada pasien dengan ulkus diabetes yaitu sebagai berikut :

- a) Pengkajian lengkap tentang riwayat penyakit, hal ini akan membantu menentukan tingkat pengetahuan pasien tentang DM dan kemampuan klien mentaati program perawatan.
- b) Pengkajian/*screening* khusus untuk faktor-faktor risiko terjadinya ulkus kaki diabetik.
- c) Pengkajian ulkus kaki termasuk bagian plantar dari jari-jari kaki, bagian lateral kaki, dan di antara jari.
- d) Kaji kebiasaan pasien dalam menggunakan alas kaki, apakah alas tersebut mampu atau malah menyebabkan terjadinya gangguan/goresan pada kulit.
- e) Dokumentasikan lokasi anatomik dari ulkus.
- f) Dokumentasikan panjang, lebar dan kedalaman dari ulkus menggunakan alat pengukur.
- g) Dokumentasikan *extent* dari terowongan luka jika ada.
- h) Kaji daerah kulit sekitarnya terhadap adanya eritema, indurasi dan maserasi.
- i) Kaji adanya jaringan granulasi, jaringan nekrotik, perubahan anatomik , warna dari dasar luka, eksudat dan adanya bau.

- j) Dokumen setiap adanya nyeri yang terkait dengan luka, kaji nyeri pasien dengan menggunakan skala nyeri atau perhatikan respon nonverbal.
- k) Gunakan klasifikasi luka diabetes (misalkan dengan menggunakan klasifikasi dari Wagner).
- l) Gunakan fotografi untuk melengkapi dokumentasi.
- m) Rujuk pasien kepada edukator DM atau ahli diet untuk keperluan pembelajaran jika diperlukan.

Pengkajian terhadap faktor-faktor yang berpengaruh terhadap penyembuhan luka juga perlu dilakukan. Hal ini memerlukan suatu pendekatan yang holistik untuk mengenali pengaruh dari faktor biologi dan faktor sosial. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesembuhan luka dapat dibagi menjadi faktor lokal dan sistemik. Khusus untuk pasien-pasien dengan luka kronik, pengkajian terhadap faktor psikososial juga harus dilakukan (Kunimoto, 2001).

Sedangkan De Marco (2005) menyatakan perlunya pengkajian secara holistik pada pasien dengan kondisi luka, pengkajian holistik terhadap pasien dengan luka tidak hanya fokus terhadap faktor sistemik dan faktor lokal, namun juga terhadap psikososial. Faktor psikososial meliputi pengkajian terhadap tingkat pengetahuan pasien, kepercayaan, budaya dan kemampuan finansial, termasuk ada tidaknya asuransi kesehatan yang dimiliki. Perlu juga dikaji apakah pasien mempunyai akses lemah terhadap sumber daya

yang sesuai dan bagaimana dukungan sosial keluarga serta sumber komunitas lainnya.

Menurut Doenges, Moorhouse dan Geissler (2000) beberapa faktor pengkajian untuk dipertimbangkan terhadap aspek- aspek psikososial dalam perawatan adalah :

- a) Faktor individu, yang meliputi umur dan jenis kelamin, agama, (seberapa penting agama dalam kehidupan pasien, kepercayaan akan kehidupan setelah kematian), tingkat pengetahuan/pendidikan, cara individu untuk mengakses informasi, bahasa, pola komunikasi, persepsi akan tubuh dan fungsi-fungsinya, bagaimana respon emosional terhadap pengobatan/hospitalisasi, tingkah laku klien pada saat cemas, takut, tidak sabar atau marah.
- b) Faktor orang-orang terdekat, pengkajian ini meliputi status perkawinan klien, orang yang terdekat, siklus perkembangan keluarga, kebiasaan pasien dalam tugas dan fungsi keluarga, pengaruh orang terdekat terhadap penyakit dan prognosa, interaksi dalam keluarga.
- c) Faktor sosioekonomi yang mencakup pekerjaan, keuangan, faktor-faktor lingkungan rumah, kebiasaan rekreasi, sistem nilai.
- d) Faktor kultural yang meliputi latar belakang etnis, perilaku kesehatan, nilai-nilai yang dianut yang berhubungan dengan masalah kesehatan, serta kepercayaan terhadap pengobatan/keperawatan.

2. Diagnosa keperawatan pada pasien dengan ulkus diabetes

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan ulkus diabetes mencakup diagnosa keperawatan yang bersifat fisik, psikologis dan sosial. Pada kesempatan ini penulis hanya memfokuskan masalah/diagnosa keperawatan yang bersifat psikologis dan sosial.

Pada pembahasan topik sebelumnya telah dibahas bahwa banyak penelitian telah mengungkapkan pasien ulkus diabetes tidak hanya mengalami permasalahan fisik namun juga mereka menghadapi banyak efek psikologis dan emosional dari kondisinya. Salah satunya adalah Brod (1998, dalam Gilpin dan Lagan, 2008) mencatat bahwa banyak individu menghadapi frustrasi, kemarahan, dan rasa bersalah akibat immobilitas kaki yang dialaminya. Depresi adalah gejala lain yang ditemukan. *Caregivers* sering melaporkan adanya marah dan dibuat frustrasi ketika mereka mengetahui penyakit ulkus diabetes adalah penyakit yang membutuhkan waktu lama dalam perawatannya. Melalui penelitian ini juga didapatkan aspek yang positif yaitu *caregivers* melaporkan bahwa dengan merawat ulkus diabetes membuat mereka sadar akan pentingnya pencegahan ulkus kaki dan kebutuhan emosional dari pasien ulkus.

Perawatan terhadap aspek psikososial perlu juga dilakukan terhadap pasien ulkus diabetes dan keluarganya selain program perawatan fisik yang diberikan. Seperti halnya program perawatan fisik yang bertujuan untuk mencegah komplikasi fisik, dukungan psikososial direncanakan untuk

mencegah atau mengurangi/dampak psikososial akibat kelainan fisik yang dialaminya.

Dari berbagai permasalahan psikologis dan sosial yang dialami pasien DM dengan ulkus tersebut diagnosa keperawatan dengan fokus pada masalah psikososial yang dapat ditegakkan adalah sebagai berikut :

- 1) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, ancaman terhadap kematian, perubahan status kesehatan, status sosioekonomi, terpisah dari sistem pendukung, kehilangan orang/teman terdekat.
- 2) Gangguan harga diri berhubungan dengan penyakit kronis, nyeri kronis.
- 3) Gangguan citra tubuh berhubungan gangguan biofisik (luka), ketergantungan peran, nyeri yang ditanda dengan adanya perasaan negatif tentang diri sendiri.
- 4) Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan penampilan fisik, perubahan kondisi kesejahteraan.
- 5) Ketidakberdayaan berhubungan dengan masa perawatan yang lama, ketergantungan pada orang lain ditandai dengan keenganan mengungkapkan perasaan, mengatakan tidak punya kontrol, tidak memperhatikan kemajuan perawatan, tidak berpartisipasi dalam keperawatan dan pembuatan keputusan, apatis, menarik diri, marah, depresi terhadap kemunduran fisik.
- 6) Koping individu tidak efektif berhubungan dengan krisis situasional, metode koping yang tidak adekuat, sistem pendukung yang tidak adekuat,

ketidakseimbangan tingkah laku adaptif, kurangnya pengalaman/gangguan dalam pengambilan keputusan

- 7) Koping keluarga tidak efektif/menurun berhubungan dengan informasi yang tidak adekuat, tidak dapat menerima atau berlaku efektif dalam memandang kebutuhan pasien, proses penyakit yang panjang, kekacauan/perubahan peran dalam keluarga, hubungan keluarga yang sangat ambivalen, perasaan stres dan cemas dalam hubungan mereka dengan pemberi asuhan.
- 8) Kebutuhan pembelajaran mengenai kondisi diabetik yang berhubungan dengan misinterpretasi informasi dan atau kurangnya daya ingat yang dibuktikan oleh tidak akuratnya mengikuti instruksi tentang pemantauan gula di rumah, dan perawatan kaki.
- 9) Ketidakpatuhan (*noncompliance/nonadherence*) terhadap rencana terapi berhubungan dengan kompleksitas perawatan diri (*self-care*) dan regimen pengobatan, penyakit kronis, penolakan.
- 10) Tidak efektifnya manajemen regimen terapeutik berhubungan dengan kurang pengetahuan (proses penyakit, diet, keseimbangan latihan, pemantauan dirinya (*self-monitoring*) dan pengobatan dirinya (*self-medications*), perawatan kaki, tanda dan gejala komplikasi, dan sumber-sumber dimasyarakat (Doenges, Moorhouse dan Geissler, 2000; Wilkinson, 2007).

3. Intervensi keperawatan berkaitan dengan masalah psikososial pasien dengan ulkus diabetes.

Perubahan dari kondisi sehat ke sakit yang kompleks merupakan pengalaman yang sangat individual. Dalam menghadapi situasi semacam ini tidak cukup hanya berusaha mempertahankan keseimbangan fisiologis tetapi perlu juga melakukan penyesuaian berikut ini, yaitu (1) memodifikasi citra tubuh, konsep diri, dan hubungan dengan orang lain dan pekerjaan, dan (2) penyesuaian kembali secara realistis terhadap keterbatasan yang ditentukan melalui kondisi (Smeltzer & Bare, 2008).

Canadian Diabetes Association (2003) merekomendasikan berbagai intervensi psikologis dan pendidikan untuk meningkatkan penyesuaian psikologis dan sosial terhadap DM. Intervensi yang efektif tersebut meliputi dukungan psikososial, *coping skill training*, *cognitive behavior therapy*, dan *family behavior therapy*. Para profesional keperawatan/kesehatan perlu mendorong pasien DM untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan tersebut.

Menurut Sudhir, et al. (2001) menyatakan bahwa intervensi psikososial pada penatalaksanaan DM terdiri atas beberapa intervensi yaitu : (1) *behavior therapy* dengan target kepada kemampuan *self care*, *compliance*, (2) intervensi yang bertujuan untuk menurunkan tingkat stres dan meningkatkan kemampuan coping, (3) *family interventions* dengan target terhadap kemampuan komunikasi, pemecahan masalah dan manajemen konflik, (4) *educational interventions* dengan target pada peningkatan pengetahuan dan *self care* serta (5) terapi psikologi untuk mengatasi masalah-masalah psikologi pada pasien DM, misalkan gangguan makan.

Salah satu intervensi psikososial yang dikenalkan oleh Van der ven (2003) untuk mengatasi permasalahan psikologi yang dialami pasien DM adalah dengan *Psychosocial Group Interventions (PGI)*. Intervensi ini dibentuk atas dasar bahwa banyak aspek perawatan (misalkan, penyediaan informasi, pelatihan ketrampilan perilaku, mengatasi problem interpersonal) lebih mudah dan efektif dilakukan melalui grup/kelompok dibandingkan perindividu. *PGI* ini dapat dilakukan pada beberapa orang dengan permasalahan dan fokus perhatian yang sama, atau dengan orang-orang yang ingin berbagi masalah. Manfaat dari *PGI* ini adalah anggota grup akan memperoleh dukungan secara emosional dari orang-orang dengan pengalaman yang sama, mampu untuk menggunakan pengalaman orang lain sebagai suatu model. Menjadi bagian dari suatu kelompok, mereka akan saling memahami satu dengan yang lain, saling memberi dan menerima bantuan yang akhirnya akan memperkuat rasa memiliki dan meningkatkan kesejahteraan emosional mereka.

Perawat dalam melaksanakan intervensi keperawatan terhadap berbagai permasalahan psikososial pasien dengan ulkus diabetes dapat menggunakan berbagai pendekatan intervensi psikososial diatas atau memodifikasinya dalam berbagai tindakan keperawatan. Prioritas tindakan keperawatan dalam mengatasi aspek psikososial yang dialami oleh klien bertujuan untuk mengurangi ansietas dan rasa takut, mendukung proses berduka, memberi fasilitas integrasi dari konsep diri dan perubahan gambaran diri, mendorong

kemampuan koping yang efektif dari pasien/orang terdekat serta menciptakan lingkungan yang aman bagi kesehatan pasien (Doenges, Moorhouse dan Geissler, 2000). Berikut dibawah ini adalah beberapa intervensi dan tindakan keperawatan yang dapat dilakukan dalam mengatasi permasalahan psikososial pasien.

a. Menurunkan tingkat kecemasan (*ansietas*)

Cemas didefinisikan sebagai suatu keresahan dan perasaan ketidaknyamanan yang disertai dengan respon autonomis. Tingkat kecemasan akan mempengaruhi aktivitas keperawatan sehingga perlunya mengindikasinya dalam pernyataan diagnosa. Tindakan keperawatan yang dilakukan dalam menurunkan ansietas adalah dengan menyediakan informasi yang faktual menyangkut diagnosis, perawatan dan prognosis, menginstuksikan pasien tentang penggunaan relaksasi, memberikan dorongan kepada pasien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan untuk menginternalisasikan ansietas, membantu pasien untuk memfokuskan pada situasi saat ini sebagai alat untuk mengidentifikasi mekanisme koping yang dibutuhkan (Wilkinson, 2007).

b. Peningkatan kesadaran diri

Peningkatan kesadaran diri adalah tindakan membantu pasien untuk menggali dan memahami pikiran, perasaan motivasi dan perilakunya. Tindakan keperawatan untuk meningkatkan kesadaran diri pasien dapat dilakukan dengan mendorong pasien untuk mengenali dan mendiskusikan

pikiran dan perasaannya, membantu pasien menyadari bahwa setiap individu adalah unik, membantu pasien untuk mengidentifikasi nilai-nilai yang berkontribusi terhadap konsep diri, prioritas hidup, dampak sakit terhadap konsep diri, perasaan bersalah, sumber-sumber motivasi serta memfasilitasi identifikasi pasien terhadap pola-pola respon yang biasanya terhadap perubahan situasi (Dochterman & Bulechek, 2004).

c. Peningkatan harga diri

Harga diri rendah situasional dapat diartikan sebagai perasaan diri/evaluasi diri yang negatif yang berkembang sebagai respon terhadap hilangnya atau berubahnya perawatan diri seseorang yang sebelumnya mempunyai evaluasi diri yang positif (Wilkinson, 2007).

Intervensi untuk diagnosa tersebut adalah dengan peningkatan harga diri. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan harga diri pasien adalah dengan memonitor pernyataan pasien tentang penghargaan diri, menentukan rasa percaya diri pasien dalam penilaian diri, membantu pasien untuk mengidentifikasi respon positif terhadap orang lain, membantu pasien menyusun tujuan yang realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi, memfasilitasi lingkungan dan aktivitas yang dapat meningkatkan harga diri (Dochterman & Bulechek, 2004).

d. Meningkatkan citra tubuh

Gangguan citra tubuh didefinisikan sebagai konfusi atau kebingungan pada gambaran mental dari fisik diri seseorang (Wilkinson, 2007). Intervensi keperawatan yang dapat diberikan meliputi peningkatan citra tubuh, dukungan emosional, konseling dan peningkatan dukungan sosial.

Tindakan keperawatan untuk meningkatkan citra tubuh dapat dilakukan dengan menentukan harapan pasien tentang gambaran tubuh berdasarkan tahap perkembangan, menentukan persepsi yang tidak disukai pada karakteristik fisik yang dianggap sebagai disfungsi, membantu pasien untuk mengidentifikasi persepsi yang positif pada bagian tubuhnya, mendengarkan pasien secara aktif dan membantu pasien mengidentifikasi coping dan kekuatan personal, memfasilitasi pasien untuk berhubungan dengan orang-orang yang memiliki perubahan citra tubuh yang sama (Dochterman & Bulechek, 2004).

e. Peningkatan coping

Coping merupakan upaya kognitif dan perilaku untuk mengelola tuntutan-tuntutan eksternal dan internal khusus yang dinilai membebani atau melebihi sumber-sumber seseorang. Jalowiec (1988) percaya ada tiga strategi coping : bersifat konfrontatif, emosi dan paliatif. Ketiga strategi ini berkombinasi untuk mengidentifikasi upaya coping total seseorang. Pemilihan dan kombinasi yang mungkin dari strategi ini tergantung pada kejadian-kejadian khusus, sumber-sumber yang ada, faktor-faktor

lingkungan dan lamanya penyakit (De Groot, et al. 2003 dalam Degazon & Parker, 2007).

Studi menunjukkan bahwa *coping style* pada pasien DM sangat penting karena mungkin akan membantu mereka menampilkan efek emosinya dan menolong terhadap distres yang dialaminya. Pada individu dengan DM, beberapa gaya coping dapat membantu mengatasi stres (misalnya ekspresi) sedangkan beberapa lainnya dapat mengganggu (misal represi), tergantung pada berbagai faktor personal dan kontekstual (Macrodimitris & Endler, 2001; Rubin & Peyrot, 2001 dalam Sultan et al, 2008). Gaya coping juga secara langsung berhubungan dengan pola perilaku yang relevan dengan manajemen DM seperti perilaku menjauhkan diri atau perilaku pemecahan masalah. Jadi, gaya coping dapat mempengaruhi kepatuhan dan perawatan diri yang akhirnya direfleksikan pada pengontrolan metabolik (Glasgow et al, 1999 dalam Sultan et al, 2008).

Peningkatan coping merupakan tindakan membantu pasien untuk beradaptasi dalam menerima stresor, perubahan, atau ancaman yang berpengaruh pada pemenuhan kebutuhan dan peran dalam kehidupan. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan coping pasien adalah dengan menilai kesesuaian pasien terhadap perubahan gambaran diri, menilai dampak dari kehidupan pasien terhadap peran dan hubungannya dengan orang lain, menyediakan pilihan yang realistis terkait aspek perawatan, mendukung penggunaan mekanisme pertahanan yang

sesuai, membantu pasien mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia. (Dochterman & Bulechek, 2004; Wilkinson, 2007).

f. Peningkatan sosialisasi

Peningkatan sosialisasi diartikan sebagai upaya memfasilitasi kemampuan seseorang untuk berinteraksi dengan orang lain (Wilkinson, 2007). Pasien DM mengalami penurunan interaksi sosial dan peningkatan isolasi dari anggota keluarga, ketergantungan pada orang-orang berarti baginya, frustrasi, dan kesepian (Handron & Leggert-Frazier, 1994 dalam Degazon & Parker, 2007).

Pasien ulkus diabetes membutuhkan dukungan sosial dalam mengatasi permasalahan yang dialaminya. Dukungan sosial mempunyai pengaruh positif terhadap kesehatan secara keseluruhan. Dukungan sosial didefinisikan sebagai kenyamanan, perhatian, penghargaan atau bantuan yang dirasakan/diperoleh seseorang dari orang atau kelompok lain. Hierarki hubungan sosial termasuk integritas sosial, jaringan sosial dan dukungan sosial. Dukungan sosial ini mencakup aspek kognitif (dukungan sosial yang dirasakan) dan perilaku (dukungan nyata). Kepuasan individu dengan dukungan yang dirasakan atau dukungan nyata dapat mempengaruhi keefektifitas dukungan tersebut (Dunkel et al, 1990; dalam Synder, 2006).

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan sosialisasi ini adalah mendorong keterlibatan pasien dalam membangun hubungan, mendukung hubungan dengan orang-orang yang memiliki ketertarikan dan tujuan yang sama, mendorong kemampuan berbagi masalah dengan orang lain, mendorong bersikap jujur dalam berhubungan dengan orang lain, membantu pasien meningkatkan kesadaran akan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain, memberikan umpan balik yang positif jika pasien dapat berinteraksi serta memfasilitasi input pasien dan perencanaan terhadap masa depan (Dochterman & Bulechek, 2004).

g. Membangkitkan harapan

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk membangkitkan harapan pasien antara lain dengan memberikan informasi tentang sumber-sumber di komunitas, mengajari pengenalan terhadap realitas dengan meninjau situasi dan membuat rencana yang mungkin, memberikan kesempatan kepada pasien/keluarga untuk terlibat dengan kelompok pendukung, menggali faktor yang berkontribusi terhadap perasaan keputusaan pasien, memberi penguatan positif terhadap perilaku yang menunjukkan inisiatif dan menjadwalkan waktu bersama pasien untuk memberi kesempatan menggali tindakan koping alternatif (Wilkinson, 2007).

h. Dukungan kepada keluarga

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk memberikan dukungan keluarga antara lain dengan membantu keluarga untuk memperoleh kebutuhan, ketrampilan, dan peralatan yang dibutuhkan dalam perawatan pasien, memberikan dukungan emosi dan ketersediaan terhadap anggota keluarga selama implementasi, evaluasi dan revisi rencana, memberikan kesempatan kepada keluarga untuk memikirkan dampak penyakit terhadap struktur dan dinamika keluarga, mendiskusikan bagaimana kekuatan dan sumber-sumber dapat digunakan untuk meningkatkan status kesehatan pasien dan anggota keluarga (Wilkinson, 2007).

Pierce, et al. (1996, dalam Karlisen, et al. 2004) menyatakan dukungan keluarga yang positif akan mempengaruhi coping dan kemampuan individu untuk mengembangkan coping yang realistis dan efektif dalam menghadapi ketegangan/stres terkait penyakitnya. Dukungan yang positif dari keluarga bagi pasien DM akan membantu mereka dalam merencanakan langkah-langkah dalam menghadapi masalah dan menentukan cara yang terbaik dalam mengatasi permasalahannya.

D. Rangkuman

DM merupakan penyakit metabolik yang disebabkan oleh gangguan pada hormon insulin. Kondisi ini menyebabkan terjadinya hyperglikemi yang dapat berlanjut pada berbagai komplikasi metabolik. Terdapat 2 (dua) paradigma dasar dalam penatalaksanaan pasien dengan penyakit kronis seperti DM yaitu

biomedikal dan psikososial, dimana dalam pelaksanaannya hendaknya menjadi suatu kesatuan terapeutik antara klien, keluarga, perawat dan tim kesehatan lainnya. Dalam mengembangkan penatalaksanaan DM juga harus mempertimbangkan usia, kondisi kerja atau sekolah, aktivitas fisik, pola makan, *personality*, situasi sosial, budaya, serta adanya penyulit komplikasi atau penyakit lain.

Salah satu komplikasi vaskular jangka panjang yang dialami oleh pasien DM adalah ulkus kaki diabetes. Terjadinya masalah kaki pada pasien DM diawali adanya hiperglikemia yang menyebabkan kelainan neuropati dan kelainan pada pembuluh darah. Neuropati, baik neuropati sensorik maupun motorik dan autonomik akan menyebabkan berbagai perubahan pada kulit dan otot, yang kemudian menyebabkan terjadinya perubahan distribusi tekanan pada telapak kaki dan selanjutnya akan mempermudah terjadinya ulkus. Adanya kerentanan terhadap infeksi menyebabkan infeksi merebak menjadi infeksi yang luas.

Perubahan dari kondisi sehat ke sakit yang kompleks merupakan pengalaman yang sangat individual. Kondisi kronik seperti halnya ulkus kaki diabetes memiliki dampak pada kehidupan pasien, teman, keluarga dan hubungan dengan orang lain. Pasien ulkus kaki diabetes memerlukan waktu beberapa minggu bahkan sampai beberapa bulan dalam penyembuhannya, dan ulkus kaki yang tidak sembuh dapat berlanjut menjadi infeksi, gangren, bahkan sampai dilakukannya amputasi. Penyembuhan yang lambat dan kondisi luka yang terinfeksi pada pasien ulkus akan membuat beban bagi pasien termasuk

morbiditas, distres, dan terganggunya kemampuan fungsional yang akhirnya meningkatkan biaya akibat perawatan dan pengobatan yang lama. Berbagai penelitian telah mengungkapkan dampak pasien ulkus terhadap kehidupan psikologis dan sosialnya, diantaranya yaitu baik pasien, keluarga maupun *caregiver* sering mengalami frustrasi, kemarahan dan rasa bersalah serta depresi dalam merawat pasien ulkus kaki diabetes.

Stres emosional dan depresi yang dialami pasien ulkus kaki diabetes dapat memberikan dampak negatif terhadap pengendalian DM. Peningkatan hormon stres akan meningkatkan kadar glukosa darah, disamping itu pada saat terjadi stres emosional, pasien ulkus kaki diabetes dapat mengubah pola makan, latihan dan penggunaan obat yang biasa dipatuhinya yang pada akhirnya dapat memperpanjang waktu penyembuhan bahkan komplikasi luka yang semakin berat. Pasien ulkus kaki diabetes juga membutuhkan dukungan sosial dalam mengatasi permasalahan yang dialaminya. Dukungan sosial mempunyai pengaruh positif terhadap kesehatan secara keseluruhan.

Dalam memberikan perawatan yang profesional, perawat hendaknya tidak hanya menfokuskan perhatiannya pada kondisi ulkus tersebut melainkan perawatan yang menyeluruh (*comprehensive care*) meliputi biopsikososial dan spiritual klien. Perawat juga harus memahami terhadap dampak ulkus pada kehidupan sehari-hari termasuk dalam kehidupan psikososialnya. Pengkajian psikososial terhadap kondisi luka yang dilakukan oleh perawat yang meliputi pengkajian terhadap tingkat pengetahuan pasien, kepercayaan, budaya dan kemampuan

finansial, termasuk ada tidaknya asuransi kesehatan yang dimiliki. Perlu juga dikaji apakah pasien mempunyai akses lemah terhadap sumber daya yang sesuai dan bagaimana dukungan sosial keluarga serta sumber komunitas lainnya. Setelah melakukan pengkajian yang holistik maka perlu ditegaskan diagnosa keperawatan berdasarkan data yang ditemukan termasuk halnya masalah/diagnosa psikososial yang dapat dialami pasien ulkus kaki diabetes. Adapun prioritas tindakan keperawatan dalam mengatasi aspek psikososial yang dialami oleh klien bertujuan untuk mengurangi ansietas dan rasa takut, mendukung proses berduka, memberi fasilitas integrasi dari konsep diri dan perubahan gambaran diri, mendorong kemampuan coping yang efektif dari pasien/ orang terdekat serta menciptakan lingkungan yang aman bagi kesehatan pasien.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif. Metodologi kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari seseorang dengan perilaku yang dapat diamati (Moleong, 2006; Polit & Hungler, 1999; Streubert & Carpenter, 1999). Dalam penelitian kualitatif, pendekatan dilakukan secara sistematis dan subjektif yang digunakan untuk menguraikan pengalaman hidup dan memberinya makna (Leininger, 1985; Munhal, 1989; Silva & Rothbart, 1984 dalam Burns & Grove, 2001).

Dalam penelitian ini peneliti melakukan eksplorasi pengalaman psikososial pasien dengan ulkus kaki diabetes menggunakan metode pendekatan fenomenologi, dengan pendekatan ini diperoleh gambaran kebenaran ilmiah yang didasari oleh pemikiran, perasaan, tanggapan, berbagai ungkapan berdasarkan respon psikologis dan sosial pasien serta kebutuhan perawatannya. Peneliti melakukan 3 (tiga) langkah sesuai kaidah fenomenologi deskriptif yaitu *intuiting*, *analyzing* dan *describing* (Spielgelberg 1965, dalam Streubert & Carpenter, 2003). Pada langkah pertama,

intuiting, peneliti menyatu secara total dengan fenomena pasien DM yang mengalami komplikasi ulkus kaki dengan mempelajari berbagai literatur. Pada langkah *analyzing*, peneliti mengidentifikasi fenomena yang didapat dengan mengeksplorasi hubungan dan keterkaitan antar elemen-elemen tertentu dengan fenomena. Pada langkah ketiga yaitu *describing*, peneliti mengkomunikasikan dan memberi gambaran tertulis dari uraian verbal yang berbeda dan elemen kritis dari fenomena.

B. Informan/Partisipan

Partisipan dalam studi ini adalah pasien dengan ulkus kaki diabetes yang dirawat di ruang rawat inap dan pasien yang melakukan perawatan luka di poli klinik kaki RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo. Penentuan partisipan dilakukan dengan cara *purposive sampling* atau *judgmental sampling*, yaitu pengambilan sampel yang didasarkan pada pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti (Moleong, 2007; Sugiyono, 2007).

Dalam penelitian ini, yang menjadi partisipan adalah pasien DM dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

1. Memiliki komplikasi ulkus kaki minimal pada grade II berdasarkan klasifikasi Wagner (1981 dalam Frykberg, et al. 2006) yang dirawat atau berobat di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo. Kriteria ini dibuat peneliti karena sebagian besar penderita ulkus yang di rawat inap memiliki klasifikasi minimal pada Grade II. Menurut Waspadji dalam Sudoyo dkk (2006) umumnya kondisi kaki diabetes yang mengalami *ulcerasi* yang luas dan infeksi sudah memerlukan perawatan di

tingkat pelayanan kesehatan yang lebih memadai karena sudah memerlukan pelayanan yang spesialistik.

2. Mampu menceritakan pengalaman hidupnya dengan ulkus kaki dengan lancar.

C. Waktu dan Tempat Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta yaitu di ruang rawat inap terpadu gedung A dan poli kaki diabetes. Alasan pemilihan tempat tersebut atas pertimbangan rumah sakit tersebut merupakan pusat rujukan nasional dari seluruh Indonesia sehingga memudahkan peneliti mendapatkan calon partisipan.

2. Waktu penelitian

Penelitian mulai dilakukan pada bulan Oktober dan November 2008 (jadwal terlampir).

D. Pertimbangan Etik

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti menaati prinsip-prinsip legal dan aspek formal yang berhubungan dengan aturan akademik tentang prosedur penyusunan tesis dan prosedur perizinan penelitian. Penelitian ini pada dasarnya tidak menimbulkan resiko bagi partisipan, namun peneliti tetap perlu untuk memperhatikan terhadap isu-isu etik dalam menjalankan penelitian fenomenologi ini. Dalam penelitian ini peneliti memenuhi lima hak responden dalam penelitian (ANA, 1985 dalam Macnee, 2004). Lima hak tersebut meliputi hak untuk *self determination*; hak terhadap *privacy* dan *dignity*; hak terhadap *anonymity* dan

confidentiality; hak untuk mendapatkan penanganan yang adil; dan hak terhadap perlindungan dari ketidaknyamanan atau kerugian.

Langkah pertama peneliti dalam memenuhi hak untuk *self determination* dalam penelitian, menyakinkan bahwa partisipan mendapatkan kebebasan atau otonomi untuk menentukan kesediannya mengikuti kegiatan penelitian secara sukarela dengan menandatangani lembar persetujuan. Apabila terjadi hal-hal yang memberatkan partisipan yang dijelaskan dalam lembar persetujuan tersebut, partisipan diperbolehkan untuk mengundurkan diri dari penelitian. Hak terhadap *privacy* dan *dignity* berarti bahwa partisipan memiliki hak untuk dihargai tentang apa yang mereka lakukan dan apa yang dilakukan terhadap mereka serta untuk mengontrol kapan dan bagaimana informasi tentang mereka disampaikan kepada peneliti. Untuk memenuhi hak ini, peneliti hanya melakukan wawancara pada waktu dan tempat yang telah dipilih oleh partisipan. Peneliti berusaha untuk menciptakan situasi yang kondusif, relaks dan tenang selama wawancara dengan harapan partisipan dapat lebih terbuka menceritakan pengalamannya. Peneliti mentaati kontrak waktu wawancara yang telah disepakati dan melakukan wawancara sesuai kontrak waktu yang telah disetujui oleh partisipan. Selain itu sebelum mengumpulkan data menggunakan alat perekam, peneliti terlebih dahulu menanyakan kesediaan partisipan untuk direkam.

Berdasarkan hak *anonymity* dan *confidentiality*, maka semua informasi yang didapat dari partisipan harus dijaga dengan sedemikian rupa sehingga informasi individual tertentu tidak bisa langsung dikaitkan dengan partisipan, dan partisipan juga harus

dijaga kerahasiaan atas keterlibatannya dalam penelitian ini. Untuk menjamin kerahasiaan (*confidentiality*), maka peneliti menyimpan seluruh data hasil penelitian pada tempat khusus dan hanya bisa diakses oleh peneliti. Rekaman digital diberi kode partisipan tanpa nama, dan selanjutnya ditransfer ke dalam komputer dan disimpan di dalam file khusus dengan kode partisipan yang sama. Semua bentuk data hanya digunakan untuk keperluan proses analisis data sampai penyusunan laporan penelitian selesai disusun. Dalam menyusun laporan penelitian, peneliti menguraikan data tanpa mengungkap identitas partisipan (*anonymous*).

Hak keempat adalah hak untuk mendapatkan penanganan yang adil, yaitu dengan memberikan hak yang sama bagi calon partisipan untuk dipilih dan terlibat dalam penelitian tanpa diskriminasi dan diberikan penanganan yang sama dengan menghormati seluruh persetujuan yang disepakati. Langkah akhir dari pertimbangan etik yang dilakukan peneliti adalah melakukan perlindungan dari ketidaknyamanan atau kerugian. Hal ini dilakukan karena penelitian ini mungkin akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi partisipan secara psikologis dan sosial berkaitan dengan pertanyaan yang diajukan peneliti selama proses wawancara. Namun peneliti berusaha menekan ketidaknyamanan tersebut dengan membina hubungan saling percaya terlebih dahulu yaitu dengan melakukan asuhan keperawatan pada partisipan baik partisipan di ruang rawat inap maupun di poli kaki diabetes.

E. Prosedur Pengumpulan Data

1. Prosedur pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara semi terstruktur dengan pertanyaan terbuka untuk menjawab pertanyaan penelitian. Jenis wawancara ini termasuk dalam katagori *indepth interview*, dimana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur (Sugiyono, 2007). Dalam proses pengumpulan data ini peneliti menjadi alat pengumpul data dan mendengarkan deskripsi yang diberikan oleh pasien DM dengan ulkus kaki selama wawancara berlangsung. Peneliti mempelajari hasil wawancara yang telah ditranskripkan dan ditelaah berulang-ulang. Dalam melakukan wawancara tersebut, peneliti menggunakan pedoman wawancara yang telah dibuat sebelumnya dan digunakan peneliti jika diperlukan.

Wawancara dilakukan sebanyak dua kali. Pada wawancara pertama masing-masing partisipan mendapat pertanyaan terbuka agar partisipan menjelaskan secara bebas tentang bagaimana pengalaman psikososial partisipan hidup dengan ulkus kaki. Wawancara dimulai dengan pertanyaan terbuka, tidak bersifat kaku, dan pertanyaan berkembang sesuai dengan proses yang berlangsung selama wawancara, dengan tanpa meninggalkan landasan teori yang telah ditetapkan dalam penelitian. Hal ini bertujuan untuk memungkinkan peneliti mendapatkan respon yang luas dari partisipan. Informasi yang disampaikan partisipan terbebas dari pengaruh orang lain, karena informasi tersebut diperoleh langsung dari sumbernya. Selama proses wawancara berlangsung, peneliti melakukan catatan

lapangan untuk mengidentifikasi respon *nonverbal* atau situasi yang berkontribusi dalam proses wawancara.

Wawancara kedua dilakukan setelah semua data dari hasil wawancara pertama dibuat dalam suatu transkrip data. Pada kesempatan wawancara kedua ini partisipan dapat menambahkan atau mengurangi informasi yang disampaikan pada wawancara pertama dan peneliti membuat perbaikan atau koreksi jika terdapat perubahan informasi dari data yang diperoleh pada wawancara pertama.

2. Tahap Pengumpulan Data

Pengumpulan data dari partisipan dilakukan dengan melalui beberapa tahap yaitu :

- a. Peneliti mengajukan izin penelitian untuk melakukan penelitian di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo. Setelah mendapatkan izin, maka peneliti menghubungi kepala ruangan/poli endokrin untuk dapat membantu mengidentifikasi calon partisipan yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan peneliti.
- b. Peneliti menemui langsung calon partisipan (tanpa perantara) dan melakukan asuhan keperawatan untuk membina hubungan rasa percaya, kemudian setelah terbina hubungan rasa percaya peneliti menanyakan kesediaan calon partisipan untuk ikut dalam penelitian ini. Setelah partisipan tertarik, maka peneliti membuat kontrak terhadap waktu dan tempat pelaksanaan wawancara.

- c. Peneliti mendatangi partisipan di tempat dan waktu sesuai dengan kesepakatan bersama partisipan, melakukan pendekatan serta memberikan *informed consent* untuk dapat berpartisipasi dalam penelitian ini. Setelah partisipan menyatakan persetujuannya, partisipan dipersilahkan menandatangani *informed consent*.
- d. Peneliti mulai melakukan proses pengambilan data dengan wawancara pertama. Wawancara pertama dilakukan selama \pm 40-60 menit, untuk partisipan yang di rawat di ruang inap wawancara dilakukan di ruangan tersebut sesuai dengan waktu yang disepakati oleh partisipan, sedangkan bagi partisipan di poli kaki diabetes wawancara dilakukan di rumah partisipan sesuai kontrak waktu yang disepakati. Setelah menyelesaikan wawancara pertama, peneliti membuat kesepakatan terhadap waktu dan tempat untuk pelaksanaan wawancara yang kedua.
- e. Peneliti membuat transkrip hasil wawancara pertama dalam suatu deskripsi tekstual.
- f. Peneliti melakukan wawancara kedua untuk melakukan verifikasi keakuratan transkrip yang dihasilkan dari wawancara pertama. Wawancara kedua ini dilakukan selama \pm 20-30 dengan tempat wawancara yang sama dengan wawancara pertama.

F. Alat Pengumpul Data

Dalam penelitian ini alat bantu yang digunakan dalam pengumpulan data adalah buku catatan, pedoman wawancara yang berisi pertanyaan-pertanyaan tertulis yang dibuat peneliti dan MP4 untuk merekam wawancara dengan partisipan.

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti setelah dilakukan ujicoba wawancara. Tujuan dilakukan ujicoba wawancara adalah untuk mengetahui apakah pertanyaan-pertanyaan yang ada dalam pedoman wawancara dapat dipahami dengan baik oleh partisipan dan untuk menguji kemampuan peneliti dalam proses wawancara serta mencoba kemampuan peneliti dalam membuat catatan lapangan. Uji coba juga dilakukan pada alat perekam wawancara (MP4), untuk menghindari terjadinya kemacetan atau tidak berfungsinya alat pada saat digunakan untuk merekam proses wawancara.

G. Analisis Data

Intepretasi metode analisis dan sintesis yang digunakan pada studi ini adalah metode “Colaizzi’s” (1978 dalam Streubert & Carpenter, 2003) dengan langkah sebagai berikut :

1. Membuat transkrip data untuk mengidentifikasi pernyataan-pernyataan yang bermakna dari partisipan dengan memberinya garis bawah.
2. Membaca transkrip secara keseluruhan dan berulang-ulang sampai hapal seluruhnya
3. Membuat kategorisasi pernyataan-pernyataan
4. Menentukan kategori tersebut menjadi pernyataan-pernyataan yang bermakna dan saling berhubungan serta menjadikannya tema-tema potensial.
5. Mengelompokkan tema-tema sejenis menjadi tema-tema akhir, lalu membandingkan/memeriksa kembali dengan deskripsi asli yang terdapat dalam masing-masing transkrip.

6. Kembali kepada partisipan untuk konfirmasi/verifikasi tema-tema tersebut, jika mungkin mendapatkan tambahan data.
7. Menggabungkan data tambahan yang diperoleh selama validasi ke dalam suatu deskripsi akhir tema

H. Keabsahan Data

Dalam melakukan kegiatan penelitian ini, peneliti perlu menjamin keabsahan/kejujuran saat mengambil data (*trustworthiness*). Teknik operasional dalam mengaplikasi keabsahan data meliputi *credibility*, *dependability*, *confirmability* dan *transferability* (Moleong, 2006, Guba dan Lincoln, 1985 dalam Streubert & Carpenter, 1999).

Credibility merupakan suatu tujuan untuk menilai kejujuran dari temuan penelitian kualitatif. Tindakan untuk menjamin *credibility* dilakukan dalam penelitian ini adalah dengan mengembalikan transkrip yang telah dibuat kepada setiap partisipan untuk melakukan verifikasi keakuratan transkrip. Partisipan membacanya dan bila mengungkapkan bahwa transkrip tersebut benar-benar sesuai dengan pengalaman partisipan sendiri, maka transkrip dianggap mempunyai kredibilitas dan kemudian partisipan diminta untuk membubuhkan tanda-tangan sebagai persetujuan keabsahan data.

Dependability dari data kualitatif adalah kestabilan data dari waktu ke waktu dan kondisi (Streubert & Carpenter, 2003). Salah satu teknik untuk mencapai *dependability* adalah *inquiry audit*, yang melibatkan suatu penelaahan data dan

dokumen-dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan detail oleh seorang penelaah eksternal (Polit & Hungler, 1999). Penelaah eksternal yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah para pembimbing peneliti selama melakukan penelitian dan menyusun tesis.

Confirmability bermakna objektivitas atau netralitas/konsistensi data, dimana tercapai persetujuan antara dua orang atau lebih tentang pandangan, pendapat relevansi dan arti data (Polit & Hungler, 1999). Penelitian dikatakan objektif bila hasil penelitian telah disepakati banyak orang. Dalam penelitian kualitatif, uji *confirmability* mirip dengan uji *dependability* sehingga pengujiannya dapat dilakukan secara bersamaan. Peneliti melakukan *confirmability* dengan mendiskusikan seluruh transkrip yang sudah ditambahkan catatan lapangan, tabel pengkatagorian tema awal dan tabel analisis tema pada pembimbing penelitian.

Transferability, sering disebut validitas eksternal dalam penelitian kuantitatif. Validitas eksternal menunjukkan derajat ketepatan atau dapat diterapkannya hasil penelitian ke populasi di mana sampel tersebut diambil. Supaya orang lain dapat memahami hasil penelitian kualitatif sehingga ada kemungkinan untuk menerapkan hasil penelitian tersebut, maka peneliti membuat laporan dengan memberikan uraian yang rinci, jelas, sistematis dan dapat dipercaya. Dengan demikian maka pembaca menjadi lebih jelas atas hasil penelitian ini, sehingga dapat memutuskan dapat atau tidaknya untuk mengaplikasikan hasil penelitian ini di tempat lain. Bila pembaca laporan penelitian memperoleh gambaran yang jelas, dan memutuskan dapat mengaplikasikannya di tempat lain, maka laporan tersebut memenuhi standar *transferability* (Faisal, 1990; dalam Sugiyono, 2007).

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bab ini menjelaskan berbagai pengalaman psikososial para pasien yang menjalani kehidupan mereka setelah mengalami ulkus kaki diabetes dalam konteks asuhan keperawatan di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta. Penelitian ini menghasilkan 11 tema utama yang memberikan suatu gambaran atau fenomena pengalaman psikososial para pasien yang mempunyai ulkus kaki diabetes. Hasil penelitian ini diuraikan menjadi 2 bagian. Bagian pertama menjelaskan secara singkat gambaran karakteristik partisipan yang terlibat dalam penelitian ini. Bagian kedua membahas analisis tematik tentang pengalaman psikososial pasien menjalani aktivitas sehari-hari setelah mengalami luka kaki diabetes.

A. Gambaran Karakteristik Partisipan

Sebanyak 7 partisipan berpartisipasi dalam penelitian ini. Usia mereka bervariasi antara 39 tahun sampai dengan 70 tahun. Jenis kelamin partisipan laki-laki sebanyak 3 orang dan perempuan sebanyak 4 orang. Tingkat pendidikan bervariasi dari lulusan SD sebanyak 2 orang, SMA sebanyak 4 orang, dan 1 orang partisipan menyelesaikan tingkat pendidikannya sampai tingkat Sarjana. Semua partisipan adalah semua pasien yang pernah dirawat di RSUPN Dr Ciptomangunkusumo,

sebanyak 3 orang sedang menjalani rawat inap dan 4 orang menjalani rawat jalan di poli kaki diabetes RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo. Semua partisipan beragama Islam, 2 orang partisipan laki-laki mengaku sudah tidak aktif bekerja sejak mengalami diabetes, 2 orang janda lansia yang tidak bekerja, 1 orang ibu rumah tangga dan 1 orang wiraswasta serta satu orang bekerja sebagai pegawai negeri sipil. Tentang status perkawinan, 5 orang partisipan menikah, dan 2 orang janda. Berkaitan dengan lamanya mereka menyadari menderita diabetes bervariasi dari 4 bulan hingga 30 tahun serta menjalani aktivitas keseharian dengan luka diabetes bervariasi, yaitu antara 2 bulan hingga 1 tahun. Dilihat dari penanggung biaya perawatan di rumah sakit sebagian besar adalah menggunakan pembiayaan pemerintah dalam program Gakin (keluarga miskin) 2 orang, SKTM (surat keterangan tidak mampu) 3 orang dan Askes (asuransi kesehatan) 1 orang serta biaya umum 1 orang.

B. Hasil analisis tematik

Hasil analisis tematik studi ini secara rinci menjelaskan uraian 11 tema yang teridentifikasi dari hasil wawancara. Berbagai respon psikologis yang dialami pasien ulkus kaki diabetes menghasilkan 4 tema yaitu: (1) *menghadapi berbagai ketakutan*, (2) *perasaan tidak berdaya*, (3) *menjadi beban keluarga dan* (4) *menyalahkan diri sendiri*. Sedangkan respon sosial yang diperoleh berdasarkan ungkapan semua partisipan menghasilkan 2 tema yaitu : (1) *menjadi tidak sebeb/seaktif dulu dan* (2) *menjadi tidak percaya diri dalam bergaul*.

Sebanyak 3 tema memaparkan berbagai mekanisme coping yang digunakan para partisipan dalam menghadapi ulkus kaki diabetes yaitu: (1) *menjalani kehidupan dengan pasrah pada keadaan, (2) banyak mendekatkan diri pada Tuhan, serta (3) tetap memiliki pandangan positif terhadap diri sendiri meskipun mempunyai ulkus kaki diabetes*. Sedangkan 2(dua) tema terakhir yang dihasilkan adalah (1) *memperoleh berbagai macam dukungan dan (2) memiliki berbagai harapan dan kebutuhan terhadap pelayanan keperawatan*.

1. Menghadapi berbagai ketakutan.

Respon psikologis yang paling banyak diungkapkan oleh semua partisipan dalam studi ini adalah munculnya berbagai ketakutan setelah mereka mengalami ulkus kaki diabetes. Ketakutan yang paling dirasakan oleh semua partisipan setelah mengalami ulkus kaki diabetes pertama kali adalah ketakutan dilakukannya amputasi selain ketakutan terhadap biaya yang tidak sedikit akibat lamanya proses perawatan di RS serta ketakutan tidak berumur panjang.

Ketakutan akan amputasi tersebut dialami setelah mendapatkan keterangan dari dokter yang merawatnya ataupun informasi dari orang lain, serta akibat melihat pengalaman masa lalu dari salah satu anggota keluarganya. Pengalaman ketakutan itu menyebabkan partisipan juga membatasi makanan dan segera berobat ke rumah sakit. Para partisipan juga mengungkapkan ketakutan akan menjadi jompo, tidak mempunyai telapak kaki, dan cacat apabila mereka diamputasi. Berikut adalah ungkapan dari 4 partisipan mengenai hal tersebut :

“.....takut ...takut yang waktu itu mau diamputasi....saya pikir pulang ke rumah bisa jompo dech,nggak punya kaki, sama aja saya jompo gitu...dokter bilang harus diamputasi....berapa kali mereka udah bujukin saya.....saya tolak dan suami juga nggak setuju”(P1)

“...takut dibuntungin.....makanya saya cepat minta pertolongan, minta dibawa ke rumah sakit... karena mertua saya juga diabet, nggak mau pantang suka makan-makan enak, lalu luka di kaki di diemen aja, trus dibawa ke rumah sakit dan dibuntungin...”(P3)

“takut lukanya menjalar atau bagaimana, Iya karena katanya orang penyakit diabetes itu susah di obati... jadi saya ngeri juga saya... takut juga kaki saya di potong trus nggak punya telapak kaki... Aduh gimana saya ini kalo cacat....”(P4)

“...takut merembes ke mana-mana gitu, takut diamputasi gitu, kaya pasien sebelah saya tuh, karena takut diamputasi gitu makanya kita nggak berani makan apa-apaan, jadi saya jaga makannya aja gitu, supaya jangan kemana-mana menjalar ya, karena banyak ya orang yang sampe begini (menunjuk mata kaki)ada yang sampe sini (menunjuk lutut), takutnya gitu aja...”(P6)

Selain ketakutan akan dilakukannya amputasi, 2 orang partisipan lainnya yang sedang menjalani perawatan di RS juga mengatakan mengalami ketakutan terhadap biaya yang tidak sedikit karena lamanya perawatan di RS akibat ulkus kaki yang dialaminya. Berikut ungkapan dari 2 partisipan tersebut :

“...Ya dibilang sedih ya nggak sedih, tapi kadang-kadang juga sedih, namanya sakit, kalo dibilang nggak sedih ya bohong,... apalagi kondisi luka begini...sedih mikirin biayanya, khawatir dengan biaya yang banyak dikeluarkan ... apalagi saya di rawat udah lama, ya saya kan SKTM jadi masih ada yang bayar....”(P4)

“....macam-macam deh mikirnya ya begini, ini kalo luka lama nggak sembuh trus di rawat di sini , biaya banyak, kalo nggak sembuh-sembuh bagaimana ini,Ya namanya orang orang waras trus sakit, berobat trus lama di rawat, mikirin biayanya trus mikirin yang di rumah ya mondar-mandir ngurusin biayanya ya,..”(P5)

Seorang partisipan perempuan yang merupakan partisipan termuda dalam studi ini serta memiliki pengalaman masa lalu dimana ayah kandungnya meninggal akibat ulkus kaki diabetes juga menambahkan ceritanya tentang ketakutan akan berumur tidak panjang setelah mengalami ulkus kaki diabetes. Berikut ungkapan partisipan tersebut :

“...saya begitu tahu penyakit , memang udah.. perasaan saya tuh udah tahu kaya gitu tuh, umur saya mungkin nggak sampai 50 tahun gitu (mata berkaca-kaca)...perasaan nggak sampai tua nich kali ya p...punya penyakit ini ayah aja umurnya pendek (sambil tersenyum, tapi mata berkaca-kaca),...”(P1)

2. Menjadi tidak berdaya

Respon psikologis lainnya selain dari adanya rasa ketakutan, semua partisipan juga menyatakan dirinya menjadi tidak berdaya setelah mengalami ulkus kaki diabetes. Rasa tidak berdaya tersebut muncul akibat ketidakmampuan partisipan dalam menjalankan perannya sehari-hari misalkan peran seorang ibu rumah tangga, akibat adanya luka menyebabkan partisipan tidak mampu mengurus anak dan suami. Mengalami ulkus kaki diabetes juga mengakibatkan partisipan merasa merepotkan orang lain terutama bila akan bepergian, dengan adanya ulkus partisipan mengeluh tidak bebas memilih kendaraan umum serta harus ada yang menemaninya pergi. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh 3 dari 6 partisipan sebagai berikut :

“ .. diri saya kayaknya nggak berdaya gituuuu ya, nggak ada gunanya gitu ...nggak ada gunanya,menyusahkan orang lain (menangis)... saya khan ibu rumah tangga.....ngurusin anak. ngurusiin suami, kalo kaki saya begini apa yang bisa saya perbuat, nggak punya kaki sama aja saya jompo, waktu belum ada luka saya masih bisa nyuci, masak, sekarang anak dan suami yang ngerjain,

sekarang mereka jadi bangun pagi-pagi buat bantuin kerjaan rumah..”(P1)

“...saat nggak luka ya biasa, saat luka begini khan jadi nggak bisa ngapa-ngapa ya, semuanya dilayanin, kita khan nggak boleh jalan...”(P4)

“...Iya orang sekarang saya nggak bebas, mau naik ini naik ini gak bebas, yang mana nich kendaraan yang bisa saya naikin, sekarang nggak bisa naik kendaraan umum kan, kemana- mana mesti naik taksi, Apalagi sekarang aja saya kalo jalan pinjung, jadi kemana-mana kita minta diantarin kayaknya jadi merepotkan semua orang...kaya orang nggak berdaya aja...”(P6)

3. Menjadi beban keluarga

Menjalani hidup dengan ulkus dirasakan para partisipan sebagai beban bagi keluarganya, para partisipan memiliki perasaan menjadi beban keluarga mereka terutama bagi anak dan suami/isteri mereka, hal ini seperti yang diungkapkan oleh 2 orang partisipan laki-laki yang sudah tidak bekerja lagi. Sejak mengalami diabetes 2 partisipan tersebut menyatakan tidak kuat bekerja lagi sehingga anak-anaknyalah saat ini yang membiayai hidupnya. Berikut ungkapan partisipan tersebut :

“... saya merasa membebankan anakya namanya saya kerja udah nggak kuat mengeluarkan air mata)-...kadang-kadang saya merasa merepotkan isteri, anak, saya mah merasa iba, kasian...”(P4)

“ ... saya udah tidak kerja lagi sejak sakit diabetes, apalagi sejak luka, saya nggak bisa cari duit lagi, jadinya anak yang cari kerja, sekarang mah mereka harus cari uang untuk makan dan biayain saya.... orang belum saatnya ya mikirin orang tua sekarang jadi begini, orang kan kalo masih seumur saya masih bisa cari uang ya, malah bisa bantu anak, eh sekarang malah saya yang dibantu anak ... kasihan belum saatnya, jadi beban mereka deh”(P5).

4. Menyalahkan diri sendiri.

Sebagai tambahan respon psikologis lainnya adalah menyalahkan diri sendiri. Menyalahkan diri sendiri akibat ulkus kaki diabetes yang diderita juga terungkap dari hasil wawancara dengan partisipan. Tema ini muncul dengan adanya ungkapan beberapa partisipan tentang penyesalan diri terhadap kondisi yang dialaminya setelah mengalami ulkus kaki diabetes yaitu penyesalan akibat memiliki keturunan diabetes dan penyesalan karena dirinya sudah tua. Bentuk penyesalan lainnya juga diungkapkan sebagai akibat dirinya tidak mematuhi larangan diet meskipun menyadari menderita DM membutuhkan diet khusus. Berikut ungkapan 3 partisipan terhadap hal tersebut :

“...nggak marah sich, tapi nyesel gitu, punya turunan sakit kaya gini, maksudnya aduh kenapa bapak saya kena penyakit gini jadi akhirnya turun ke saya gitu, saya sich nggak marah, tapi nyesel aja kenapa dikasih turunan penyakit gula...”(P1)

“ iya siang malam nich kita rasanya sedih,menangis aja..... kakinya gini ya sedih, tadinya gua nggak begini, kenapa penyakit jadi begini.....siang malam jadinya di rumah sakit nangis aja, kenapa begini hidup gua.....mengapa begini udah tua,mengapa gua jadi punya penyakit begini ?..... iya jadi pikiran terus....”(P2)

“...ini nich penyakit emang saya sesali, saya udah tahu punya diabet, tapi nggak mau ngerawat, malas kontrol, makan sembarang aja di makan, waktu ada luka kecil aja saya biarin, nggak saya dirawat.....baru tahu rasa sekarang...”(P7)

Hal yang menarik lainnya dari menyalahkan diri adalah adanya ungkapan frustrasi/putusnya harapan oleh beberapa partisipan akibat lamanya proses perawatan dan proses penyembuhan seperti yang diungkapkan di bawah ini :

“...ya, kadang-kadang saya bosan, saya suka ngomong kapan sembuhnya nich, saya udah ngikutin nggak boleh ini, nggak boleh itu, nggak boleh kena air, semua sudah saya ikutin, tapi kok luka nggak

sembuh sembuh, bosen bolak balik ke rumah sakit, bosen bolak- balik di rawat ye, tapi mau bilang apa kan mau sembuh (tertawa)....”(P3)

“...kalo saya mah bosen nggak bosen ,namanya orang sakit ya di jalanin namanya pingin sembuh, bosen juga kelamaan di rawat, sendiri lagi nggak boleh ditunggu...kadang-kadang saya nanya nih penyakit kapan baiknya...”(P4)

5. Menjadi tidak sebebas/seaktif dulu

Tema ini merupakan salah satu tema yang ditemukan dari bentuk respon sosial yang dialami oleh para partisipan dalam studi ini. Semua partisipan menyatakan setelah mengalami ulkus kaki diabetes menyebabkan mereka merasa tidak sebebas atau tidak seaktif seperti sebelumnya. Dengan adanya ulkus kaki tersebut menyebabkan mereka mengurangi aktivitas sosialnya seperti kegiatan pengajian, arisan, tidak dapat melakukan silaturahmi dan tidak dapat ikut serta dalam gotong royong yang diadakan di masyarakat. Pengurangan aktivitas sosial diakibatkan oleh adanya keterbatasan mobilitas yang dialaminya seperti yang diungkapkan partisipan berikut ini :

“...nggak bisa jalan-jalan jadinya , dirumah aja, waktu nggak ada penyakit kita mah kesono- sono, sekarang jadinya dirumah aja, ...nggak ikut lagi kegiatan dikampung seperti ngaji di mesjid, nggak bisa ke kematian....Anak aja jadinya yang disuruh pergi, tadinya kita khan pergi juga, sejak punya penyakit mah kagak lagi...Orang kagak bisa jalan, Diam aja di rumah.....”(P2)

“... saya jadi nggak bisa silaturahmi, silaturahmi, karena dulu saya tukang jalan, sekarang khan nggak boleh jalan, lalu perawat bilang dirumah aja juga , dulu kadang-kadang dapat undangan keluarga, kalo waktu sehat saya ajak anak saya , kemana aja saya datang, yang jauh aja saya datangin, tapi kalo udah begini ya bagaimana”(P3).

“...kan dulu sebelum sakit kan kemana-mana selalu semangat badannya sehat kakinya nggak papa, orang juga sekarang jalannya udah lain,....saya nggak bisa aktif di masyarakat kayak dulu takut kalo luka lagi.... kita kan sekarang harus hati –hati nggak kaya dulu,

kalo diabetes kan lukanya lama sembuhnya,... orang udah nggak bisa apa- apa, kalo laki-laki kan suka rame-rame ngerjain apa gitu gotong royong, ya perasaaan saya udah nggak bisa bantuin juga (tertawa) ya mau apa...(P5)

“...Kalo dulu kan kemana kita pergi bisa ya, mau pergi kondangan, pergi ngaji, arisan kan, karna nggak terganggu ya gak ada lukanya, kalo sekarang kita kalo pergi mah mikir mau naik apa, sama siapa, kan harus ada yang ngantar, sekarang kemana- mana gak berani pergi sendiri, saya jadi mengurangi kegiatan di luar....”(P6)

6. Menjadi tidak percaya diri dalam bergaul

Selain menjadi tidak sebebas dulu lagi, respon sosial lainnya dialami oleh 3 partisipan yaitu 2 partisipan perempuan dan 1 partisipan laki-laki adalah adanya perasaan minder atau tidak percaya diri dalam bergaul. Perasaan tidak percaya diri tersebut muncul akibat kondisi fisik yang tidak sehat, cara berjalan yang tidak normal atau pincang serta adanya balutan pada kakinya. Seorang partisipan menceritakan perasaan tersebut muncul bila bertemu dengan orang yang usianya sama. Berikut adalah ungkapan 3 partisipan tersebut :

“...saya agak minder,kurang pede, kurang pede sayakaya begini, kalo ketemu orang begitu, kayaknya tuch aduh saya nggak sehat yaaaa, terutama bila bertemu dengan yang seumur saya tapi dia sehat, perasaan itu minder jadinya sedih gitu....”(P3)

“.....Perasaan itu mah gimana ya, cuman kalo dipandang orang gitu perasaan.... (tertawa) suka begini juga (memegang dada) orang bisa jalan cepat sayanya nggak bisa normal lagi.... mungkin mereka melihat kasihan dikitlah....Minder sedikitlah....(tertawa).....kadang-kadang saya malu juga ya saya nggak kerja karena luka nich ya, tapi itu sich pikiran saya aja....(P5)

“... Iye paling orang kan suka ngeliatin kite y , itu kakinye kenapa gitu ye dibalut balut, lagi sakit saya bilang ye.... jalan saya khan udah nggak normal, udah pincang, pasti kalo mereka yang nggak tahu kan lihatin kita, kadang-kadang saya risih juga...”(P6)

Berbeda dengan partisipan lainnya yang pada umumnya tidak percaya diri dalam bergaul, seorang partisipan perempuan yang sudah lanjut usia menjadi menarik diri akibat ulkus kaki diabetes yang dialaminya, hal tersebut dilakukannya akibat adanya rasa malu dan takut bila orang yang melihatnya menjadi risih terutama ketika ada orang lain yang berkunjung dan keluarganya menghidangkan makanan sehingga orang tersebut tidak mau menyantap makanan yang disediakan, seperti yang dia ungkapkan seperti dibawah ini :

“...kalo tetangga datang bisanya nangis doang saya mah, males mah ! malu..... gini nih, kalo orang dateng, takutnya emak orang- orang ama makanan nggak doyan, geli iye , jadinya kita ngumpet, masuk kamar ,takutnya orang pada nggak doyan makanan kita, ngeliat kaki, kalau orang datang....” (P2)

7. Menjalani kehidupan dengan pasrah pada keadaan

Untuk mengungkapkan mekanisme koping yang dilakukan partisipan dalam mengatasi masalah psikologis dan sosial yang dialami setelah menderita ulkus kaki diabetes diawali dengan pertanyaan “ bagaimana cara bapak/ibu mengatasi segala perasaan, kesedihan akibat mengalami luka pada kaki. Semua partisipan menyatakan kepasrahan dengan kondisi yang dialaminya saat ini. Menjalani kehidupan dengan pasrah pada keadaan merupakan salah satu mekanisme koping yang digunakan oleh semua partisipan dalam studi ini.

Beberapa partisipan menyatakan secara terbuka bahwa mereka juga melakukan berbagai upaya untuk sembuh sebelum menyatakan pasrah terhadap hasil dari upaya tersebut, upaya tersebut diantaranya dengan rajin pergi untuk kontrol ke klinik, meminum obat-obatan yang diberikan, serta kesediaan partisipan untuk

dirawat di rumah sakit seperti yang diungkapkan oleh partisipan 1 dan 6 berikut ini :

".... pasrah aja lah. (menunduk)..... ya tergantung nanti, kita berusaha. gitu....sebisanyalah... Ya saya sich udah usaha macem-macem ya, saya bawa ke klinik, ke rumah sakit sampe ke cipto ini di rawat , minum ini minum itu kate orang ye ya udah diturutin , obat-obat di sini saya minum ye, baru saya serahkan hasilnya pada Allah, khan dia yang punya segalanya...."(P1)

"....ya saya khan udah rajin berobat ya, rajin kontrol, sekarang aja tiap dua minggu saya mesti kontrol, ya yang penting saya khan udah berusaha hasilnya pasrahin aja ya sama yang di atas....(P6)

Kepasrahan terhadap kondisi yang dialami juga dinyatakan oleh dua orang partisipan perempuan yang lanjut usia dan mengalami ulkus kaki diabetes hampir selama satu tahun. Dua orang partisipan tersebut menyatakan bahwa kondisi yang dialaminya sebagai proses penuaan dan hal yang wajar. Seperti ungkapan berikut ini :

"... ya udah nerima, kita mah udah pasrah aja, namanya udah tua,....pasrah ya dirawat biar sehat...."(P2)

"...Pasrah aja ya, saya hanya bisa pasrah kepada Allah, kan dia yang menentukan segalanya, menghibur hati aja ya, namanya udah tua wajar penyakititulah... itulah keuntungannya kitakan punyanya Allah, hehehe (tertawa)...."(P3)

8. Banyak mendekati diri pada Tuhan

Koping lainnya selain menjalani kehidupan dengan pasrah pada keadaan, semua partisipan juga mengungkapkan menggunakan pendekatan spiritual seperti berdoa, berzikir dan sholat dalam mengatasi segala permasalahan yang dialaminya. Semua partisipan juga menyatakan adanya ketenangan dan lebih dapat menerima keadaan setelah melakukan proses spiritual tersebut. Dalam

doa yang mereka sampaikan terungkap doa untuk diberi kesehatan kembali sehingga dapat meningkatkan ibadah dan ketakwaannya. Berikut ungkapan partisipan terhadap hal tersebut :

“ya berdoa saja lah, menerima keadaan, berdoa saja lah, kuatiin hati gitu yaaaa,... Dengan berdoa saya berharap kembali sehat, nanti kalo sembuh saya akan lebih bertakwa, meningkatkan ibadah,... dengan berdoa saya jadi tenang, saya lebih dapat menerima keadaan ini...”(P1)

“...ya iyalah, habis sholat juga doa ye, pasrah, kalo dikasih sembuh ya sembuh, dikasih tenang ya hati...”(P2)

“...ya apa sajalah saya lakukan biar nggak bosan, biar pikiran kita tenang, kalo sempat ngaji ya ngaji kita ya, kalo kita zikir ya zikir ya, untuk mengurangi stress ya,... saya jadi gak sedih lagi...kita yakin penyakit itu datangnya dari Allah, mohonlah kesembuhan itu dari Allah...”(P4)

9. Tetap memiliki pandangan positif terhadap diri sendiri meskipun mempunyai ulkus kaki diabetes.

Hal yang menarik ditemukan dalam studi ini berkaitan dengan coping yang dimiliki partisipan dalam penelitian ini adalah mereka masih tetap memiliki pandangan positif terhadap diri. Semua partisipan menyatakan dirinya masih berarti dan berpandangan positif terhadap diri meskipun mengalami keterbatasan fisik. Mereka mengungkapkan hidup mereka masih berarti bagi keluarga, suami, isteri dan anak-anak, bahkan partisipan mengungkapkan harapan jika sembuh dan berumur panjang akan mengurus keluarga dengan semampunya seperti yang diungkapkan oleh beberapa partisipan berikut ini :

“....saya yakin kalo saya masih diberi kesempatan saya mah akan rajin beribadah, kami mohonlah untuk diberi panjang umur.....hidup saya

masih berartilah buat mereka, suami ...anak...setelah sembuh saya akan berusaha mengurus mereka sekuat tenaga....”(P1)

“hidup saya masih berarti buat anak-anak meski saya tua begini, mereka semua sayang ama saya dan itu saya bersemangat untuk tetap hidup, mereka khan udah susah-susah nyisihkan uang buat saya, khasian khan mereka udah capek-capek masak ibunya sakit-sakitan (tertawa)...”(P3)

“...berarti banget buat keluarga, bahagia banget saya dengan keluarga meski saya sakit begini, saya bilang nanti saya kalo sembuh saya akan mengurus keluarga sebisanyalah, meski kaki sakit, kita khan namanya ibu rumah tangga ya harus masak, nyiapin kebutuhan anak-anak, saya akan lakukan semampunya kecuali kalo urusan keluar rumah saya udah nggak bisa kali...”(P6)

10. Memperoleh berbagai macam dukungan.

Tema ini merupakan jawaban dari tujuan penelitian yang membahas tentang kebutuhan dukungan keluarga, masyarakat dan teman-teman terdekat yang didapatkan pasien selama mengalami ulkus kaki diabetes. Beberapa partisipan mengungkapkan bahwa mereka tidak hanya mendapat dukungan dari keluarga berupa dukungan fisik juga berupa dukungan moral dan finansial. Dukungan fisik diperoleh dalam bentuk perhatian dalam pemenuhan kebutuhan dasar seperti makan, eliminasi, obat, dan perawatan terhadap luka. Dukungan moral dalam bentuk semangat dan nasehat, sedangkan dukungan finansial berupa bantuan biaya berobat. Berikut ungkapan 4 dari 6 partisipan mengenai hal tersebut :

“.... suami saya sich support saya.... pokoknya ibu harus berusaha ini ni ni begitu , dia kasih semangat ke saya gitu..... ya saya bersyukur sekali, saya kencing, BAB dia yang nginiin gitu ya , nggak ada rasa ngeluh, Ya Allah.... (menangis)bersyukur gitubersyukur juga e ee perhatiannya gituuu ya, tadinya saya juga nggak ini, nggak nyangka gitu ye, perhatian keluarga, begitu besar gitu ye,.. mereka ngasih semangat biar saya kuat..... kali ye (megang dada)...”(P1)

“...Kita mah sama anak, sama cucu...yang kita dirawatin ama cucu ama anak.....trus diperhatiin ama anak ama cucu,.... jadi lega pikiran kita, cucu ama anak perhatiin kita ya..... iye diperhatiin, diperhatiin saya makan...sudah makan belom, makan nich , diperhatiin ama dia, ntar perutnya perih kata dia kalo nggak makan. Tiap hari tuch luka saya dibersiin ...”(P2)

“...saya tuch bahagia, punya anak-anak yang soleh dan sholehah, mereka selalu support saya, kalo mereka datang mereka ngasih uang, mah ini uang buat jajan ya , tapi itu saya pakai buat berobat,tuch anak saya yang laki-laki tiap hari ngerawatin kaki saya, mereka tuch sayang sama saya, dan itu membuat saya bersemangat untuk tetap hidup, memang anak- anak nggak bilang, tapi saya lihat tuch mereka bersusah-susah mau menyisihkan uang buat saya...”(P3)

“...Kalo suami saya sich selalu mendukung ya, maksudnya kita khan dikasih luka sakit ya, pokoknya dia bilang kita pasti dikasih baik asalkan kita berusaha, berobat ya, makannya di atur , pasti Allah juga kasih kesembuhan kita katanya,..... anak-anak juga begitu..... ya dengan support dan dukungan itu kita khan jadi tenang ya mbak....”(P6)

Selain dukungan dari keluarga, semua partisipan dalam penelitian ini juga memperoleh dukungan dari masyarakat sekitar partisipan. Dukungan tersebut dirasakan positif oleh semua partisipan bahkan membantu partisipan untuk lebih bersemangat dalam memperoleh kesembuhan penyakit yang dialaminya. Dukungan yang diberikan masyarakat juga tidak hanya berupa dukungan finansial seperti berupa iuran/ sumbangan namun juga dukungan psikologis berupa perhatian dan dukungan semangat untuk sehat kembali sehingga dapat melakukan kegiatan sosial kembali, seperti yang diungkapkan oleh partisipan 1 dan 4 berikut ini :

“...banyak tetangga , Kemarin mereka pada jenguk kesini, teman-teman pengajian, teman-teman arisan, pak RT juga, udah berkali kali datang,... mereka datang itu saya terharu ya, aduh mereka merhatiin ya,

mereka bilang nggak papa nanti juga sehat, kita bisa ngumpul-ngumpul lagi, ngaji bareng-bareng.....”(P1)

“...yah tetangga-tetangga banyak yang simpati dengan saya (kembali mengeluarkan air mata), pada ngasih sumbangan, mereka banyak kasih saya perhatian....”(P4)

Seorang partisipan yang masih bekerja sebagai PNS juga mengungkapkan bahwa teman-teman sekantornya juga memberikan dukungan. Dukungan tersebut berupa pemberian saran untuk mengkonsumsi obat alternatif, suplemen vitamin dan meminjamkan alat kesehatan kepadanya, seperti yang diungkapkannya di bawah ini :

“...teman-teman saya semuanya dukung, ngasih macem-macem ke saya, berbagai obat alternatif, obat-obat suplemenlah, nih ada obat dari gorontalo, ada juga nich yang pinjami gelang pengobatan ke saya, tidak hanya itu mereka pada iuran untuk bantu pengobatan saya.....”(P7).

11. Memiliki berbagai harapan dan kebutuhan terhadap pelayanan keperawatan

Pertanyaan diajukan kepada semua partisipan mengenai bagaimana pelayanan keperawatan/kesehatan yang sudah bapak/ibu dapatkan selama di rawat di rumah sakit. Semua partisipan mengungkapkan menyatakan sudah memperoleh pelayanan yang sesuai, namun setelah pertanyaan dilakukan lebih mendalam, makna yang dihasilkan dari berbagai ungkapan tersebut menggambarkan terpenuhinya berbagai kebutuhan pasien hanya dalam hal kebutuhan fisik saja seperti perawatan luka, pemenuhan kebutuhan makanan, obat, eliminasi,

berikut ungkapan beberapa partisipan dibawah ini :

” Ya bagus sich pelayanannya.... bagus aja gitu ... saya kadang-kadang.....aduh luka saya kebanyakan , capek perawatnya (tersenyum) tapi kayaknya nggak ada yang ini yaa... sama aja pelayanannya..satu sama lain meski saya lukanya yang paling lebar....samalah dengan yang

lain gitu.....Dilayanilahmakan,...suntikan.....dimandiin.....saya bilang mereka baik-baik, perhatian pada saya,.....”(P1)

“...baik-baik semua.....kebutuhan emak semua terpenuhi,..... , la saya kebetulan dapetnya yang baik ya baik, ya beraknye saya khan diurusin sama suster, dibantu ditaruhin pispot....dilayani bila ingin kencing....”(P2)

“.... ya saya rasa pelayanannya sich cukup bagus, kalo berhubungan dengan masalah medis mah saya pikir ada apa-apa cepet ya pelayanin, semua yang saya butuhkan semua dilayanin, dari makan, mandi, kaki saya dirawatin.....”(P3)

“....perawat sich ada yang tulus bantu, tapi ada juga yang nggak, gasih pispot aja bersungut-sungut, masih kotor lagi, tapi banyak yang baik dah, makan sich saya dapat teratur enak-enak, sayang kadang sampai ke saya udah dingin, jadi nggak enak deh....cuman spreinya sich mintanya diganti tiap hari....”(P7)

Berdasarkan pengalaman tentang harapan terhadap pelayanan keperawatan, terdapat beberapa hal yang dibutuhkan para partisipan dalam studi ini terhadap pelayanan keperawatan diantaranya yaitu kebutuhan untuk lebih didengarkan, berbagi keluhan mereka, menyediakan waktu khusus antara perawat dan pasien. Beberapa partisipan menyatakan tidak terpenuhinya kebutuhan tersebut disebabkan oleh kesibukan pekerjaan perawat seperti yang diungkapkan oleh 3 orang partisipan berikut ini :

“....pinginya sich perawat banya banyak waktu buat ngomong, cerita, tapi khan mereka sibuk nggak hanya ngurusin saya....”(P4)

“ ... perlu sich perawat nyediaan waktu khusus buat berbagi ya..... cuman perawat suka ngobrol lama kalo lagi ngerawat luka.....ya mungkin mereka sibuk ya, banyak kerjaan, paling cuma ambil darah tinggal.....kasih obat tinggal.....ya paling-paling gitu aja....”(P5)

“.....saya pikir perawat itu pada sibuk ya, mana sempat mereka dengerin keluh kesah saya, , habis 2 orang perawat banyak pasiennya yang diurusin, orang ngerawat luka aja bila ada 4 orang gitu ya udah

sampai siang gitu, mana sempet dia nyediain waktu khusus buat ngobrol sama kita....”(P6)

Beberapa partisipan lainnya tidak hanya membutuhkan waktu bersama perawat untuk mendengarkan keluhannya namun juga menginginkan adanya hubungan yang lebih dekat antara pasien dan perawat. Hubungan yang diinginkan oleh beberapa partisipan adalah hubungan seperti kawan, sahabat atau keluarga sehingga partisipan dapat menjadi lebih terbuka untuk menyampaikan masalahnya. Hal ini diungkapkan oleh beberapa partisipan berikut ini :

“.....mungkin lebih dekat lah, mungkin kaya kawan, sahabat, khan ada perawat yang seumurannya saya, jadi saya enak ngungkapin apa gitu, misalkan masalah dengan suamihe-hehe (tertawa)...Mereka sich kayanya rutin aja, ya ngrawat luka, nyutik, pasang infus, ngasih obat ya biasa ajalah....”(P4)

“...perawat itu mungkin bisa sebagai teman, mungkin keluarga atau anak kali ya, saya kan udah tua, mereka masih muda-muda, kalo sama anak khan kita nggak sungkan, saya kadang masih malu kalo saat saya mau berak, segan rasanya minta tolong....”(P4)

“....Ya hubungan sehati gitu,.....saling mengerti gitu ya,...perawat kan tugasnya mendengerin semua keluhan pasien, kalo... seneng kalo perawat itu dekat dengan kita kaya keluarga lah, mudah saya kalo mau komunikasi....”(P5)

“.....ingin sich ya perawat itu jadi teman bagi pasien, tempat berbagi gitulah, kayanya perawat itu harus banyak deh, biar punya waktu banyak buat saling berbagi ya, mau dengar keluhan-keluhan saya, untung ada pasien lain jadi berbaginya ya dengan mereka....”(P6)

BAB V

PEMBAHASAN

Bagian ini peneliti menjelaskan tentang interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian ini, dan berbagai implikasinya bagi keperawatan. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan berbagai temuan dalam hasil penelitian dengan hasil-hasil penelitian sebelumnya. Selain itu berbagai konsep dan teori yang terkait dengan hasil-hasil penelitian ini juga melengkapi pembahasan interpretasi hasil penelitian ini. Keterbatasan penelitian dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Implikasi penelitian diuraikan sesuai dengan konteks yang dihasilkan dari hasil atau temuan penelitian dan diimplikasikan terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian keperawatan.

Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk memperoleh pemahaman yang mendalam tentang pengalaman psikososial yang di alami pasien ulkus kaki diabetes dalam konteks asuhan keperawatan. Secara khusus penelitian ini menghasilkan berbagai gambaran, interpretasi, dan ungkapan makna pengalaman dari respon psikologis, sosial, berbagai mekanisme coping pasien terhadap ulkus kaki diabetes. Berbagai bentuk dukungan keluarga dan sosial, bentuk pelayanan keperawatan yang sudah diterima serta berbagai harapan dan kebutuhan terhadap pelayanan keperawatan para pasien juga melengkapi hasil temuan studi ini.

A. Interpretasi Hasil Penelitian

1. Respon psikologis yang dialami oleh pasien ulkus kaki diabetes.

Mengalami ulkus kaki diabetes tidak hanya memberikan respon yang bersifat fisik, namun juga menimbulkan berbagai respon psikologis dan sosial. Salah satu respon psikologis yang dialami oleh pasien ulkus kaki diabetes yaitu adanya berbagai ketakutan terhadap kondisi yang dialaminya. Takut sebenarnya tidak dapat dibedakan dari *ansietas* karena individu yang merasa takut atau *ansietas* mengalami pola respon perilaku, fisiologis dan emosional dalam rentang yang sama. Satu-satunya perbedaan diantara keduanya adalah bahwa rasa takut timbul sebagai respon terhadap objek yang mengancam yang dapat diidentifikasi dan spesifik (Videbeck, 2008).

Ketakutan yang paling banyak dialami oleh seluruh partisipan adalah ketakutan terhadap amputasi, disamping ketakutan akan lamanya waktu perawatan dan biaya yang besar serta ketakutan akan berumur tidak panjang. Beberapa partisipan dalam studi ini juga mengatakan ketakutan akan amputasi ini dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu dan informasi dari orang lain serta percakapan dengan dokter yang merawatnya.

Ancaman amputasi adalah penyebab kecemasan yang paling sering, yang berhubungan dengan satu ketakutan dari hilangnya kontrol akibat luka. Ketakutan ini muncul setelah konsultasi dengan para profesional kesehatan, percakapan dengan orang lain yang menderita kaki diabetes dan melihat orang

diamputasi. Melihat luka dan kaki yang memburuk (misalnya, menjadi adanya gangren) juga menyusahkan dan menakutkan. Penyebab umum yang lain dari ketakutan dan panik yaitu menggunakan pakaian yang tidak nyaman untuk menutupi luka serta adalah tidak mampu untuk bekerja serta menyediakan kebutuhan keluarga. Banyak pasien khawatir terhadap masa depan kesehatan mereka setelah diamputasi (Searle, et al. 2005). Philip, et al. (2004) juga melakukan wawancara terhadap 62 pasien dengan *chronic venous leg ulcer* tentang dampak ulkus bagi kualitas hidupnya dan menyebutkan tema dari hasil penelitiannya yaitu adanya perasaan ketakutan, isolasi sosial, kemarahan, dan kurangnya keyakinan diri.

Pasien dengan kondisi kronis seperti halnya menderita ulkus kaki diabetes dapat menimbulkan munculnya perasaan tidak berdaya akibat gangguan fungsi peran dan keterbatasan mobilitas serta perasaan diri sebagai beban bagi keluarganya. Philips, et al(1994) dalam studinya tentang dampak *leg ulcer* terhadap kualitas hidup menyatakan 58 % dari 73 pasien *leg ulcer* mengungkapkan bahwa perawatan ulkus merupakan beban dan terdapat hubungan yang kuat antara lamanya waktu dalam perawatan ulkus dengan perasaan ketakutan, isolasi sosial, kemarahan, depresi dan gambaran diri yang negatif. Permasalahan Psikologis mencakup perasaan rasa bersalah, kekecewaan, dan kesedihan mempunyai ulkus kaki dinyatakan selama wawancara bebas dengan pasien *chronic leg ulcer* (Dauglas, 2001, dalam Herber, Schnepp & Rieger, 2007).

Beverly, Penrod & Wray (2007) yang melakukan studi kualitatif terhadap perspektif suami/isteri hidup dengan pasien DM type II juga mendukung munculnya tema merasa menjadi beban keluarga, penelitian tersebut menyatakan ketika diagnosis diabetes ditetapkan, pasien dan pasangan hidupnya akan mengalami berbagai perasaan dan ketidakpastian akan masa depan mereka. Hidup dengan diabetes dapat menjadi beban psikologis bagi pasangan hidupnya.

Mengalami luka menurut beberapa partisipan dalam penelitian ini menyebabkan mereka tidak dapat melaksanakan tugasnya sehari-hari misalkan sebagai ibu rumah tangga, bahkan 2 orang partisipan laki-laki menyatakan tidak dapat berperan sebagai pencari nafkah bagi keluarganya akibat penurunan mobilitasnya. Terkait dengan hal ini beberapa penelitian menunjukkan bahwa mobilitas pasien yang kurang baik dipengaruhi oleh mayoritas adanya ulkus kaki dan 82 % dari 73 orang pasien ulkus kronis yang di wawancarai mempercayai bahwa penurunan mobilitasnya diakibatkan oleh ulkus dan dominan disebabkan oleh adanya pembengkakan kaki (Philips, et al. 1994). Studi kualitatif tentang pengalaman hidup dengan *venous ulcer* oleh Chase, Melloni & Savage (1997) mengungkapkan bahwa pembatasan mobilitas mendorong ke arah ketidakmampuan bekerja yang berakibat mereka menganggap dirinya cacat. Beberapa pembatasan mobilitas pada pasien *leg ulcer* menyiksa diri pasien dan berkontribusi terhadap peningkatan rasa ketidakberdayaan (Walshe,1995).

Theron (2008) juga menemukan 77 % dari 30 pasien *Venous Leg Ulcer* (VLU) mengalami penurunan fungsi peran, selama wawancara mereka mengungkapkan gangguan fungsi peran tersebut diakibatkan oleh keterbatasannya akibat luka. Permasalahan dalam melakukan tugas dasar yang dialami pasien VLU adalah ketergantungan dengan orang lain (Mostow et al, 2005; Pieper et al. 2000 dalam Theron, 2008). Hal yang sama juga dilaporkan oleh Cullum & Roe (1995 dalam Herber, Schnepf & Rieger, 2007) yaitu mayoritas pasien wanita menyatakan adanya hambatan atau rintangan dalam aktivitas-aktivitas hidup sehari-hari seperti menyiapkan makanan atau melaksanakan pekerjaan rumah tangga setelah mereka mengalami ulkus. Ketidakmampuan dalam melaksanakan tugas rumah tangga membuat mereka merasa tergantung pada orang lain dan membuat rasa bersalah pada beberapa pasien *venous leg ulcer* (Walshe, 1995).

Pada penelitian ini tidak diperoleh ungkapan tentang dampak ulkus kaki yang dideritanya terhadap pekerjaan partisipan. Hal ini disebabkan bahwa karena sebagian besar partisipan tidak bekerja lagi, dan satu orang partisipan menyatakan bahwa usaha wiraswasta yang dijalaninya tidak terpengaruh meskipun mengalami gangguan kaki, begitu pula partisipan yang bekerja sebagai PNS menyatakan bahwa ulkus kaki belum memberikan dampak pada kehidupan pekerjaannya karena dia baru mengalaminya selama 2 bulan. Hal ini berbeda dari pernyataan Cullum & Roe (1995 dalam Herber, Schnepf & Rieger, 2007) menyatakan mayoritas pasien yang mengalami ulkus

mengundurkan diri dari pekerjaan, dalam beberapa hal pengunduran diri disebabkan oleh penurunan mobilitas (*reduced mobility*). Di antara pasien yang bekerja, 42% menyatakan adanya ulkus mendukung keputusan mereka untuk berhenti bekerja (Philips, et al. 1994). Chase, et al. (2000) juga melakukan studi kualitatif tentang pengalaman hidup pasien *chronic venous ulcer* yang bekerja menyatakan bahwa pekerjaan dan kesenangan mereka dibatasi walaupun status kesehatan umum mereka baik.

Munculnya tema menyalahkan diri sendiri sendiri setelah mengalami ulkus kaki diabetes yang ditimbulkan oleh adanya ungkapan rasa penyesalan diri mengalami ulkus kaki diabetes juga tergambarkan dari respon psikologis yang diungkapkan oleh beberapa partisipan dalam studi ini. Penyesalan tersebut diungkapkan sebagai penyesalan karena memiliki garis keturunan diabetes, tidak mentaati aturan dalam pengobatan diabetes serta penyesalan terhadap kondisi yang dialaminya meskipun sudah mentaati aturan. Alasan menyalahkan diri atau penyesalan diri ini berbeda dari hasil penelitian Hayes (2001) yang melakukan studi fenomenologi terhadap *chronic sorrow* yang dialami oleh pasien DM type 1 dari penelitian tersebut ditemukan bahwa alasan menyalahkan diri pada penderita DM karena penyakit yang dideritanya mempengaruhi berbagai kebiasaannya, membuatnya kehilangan kesempatan (*loss opportunity*) disamping adanya ketakutan terhadap ketidakpastian masa depan dan kesulitan manajemen penyakitnya.

2. Respon sosial dialami pasien ulkus kaki diabetes

Berbagai respon sosial juga dialami semua partisipan dalam penelitian ini setelah menderita ulkus kaki diabetes. Fungsi sosial dipengaruhi oleh tingkat kemampuan terhadap kegiatan sosial. Dalam konteks ini, fungsi sosial mengacu pada kegiatan sosial dan interaksi dengan orang lain seperti anggota keluarga, teman, tetangga, komunitas dan hubungan sosial lainnya. Keikutsertaan sosial mengacu pada kemampuan untuk membantu anggota keluarga, teman atau tetangga ketika diperlukan (Hay & Steward, 1990, dalam Theron 1998).

Permasalahan pada aspek sosial berhubungan dengan problem yang diakibatkan oleh ulkus yaitu meliputi pembatasan terhadap aktivitas-aktivitas yang menyenangkan, tampil sebagai profesi, dan mempunyai kontak sosial dengan teman serta anggota keluarga. Respon sosial yang dialami oleh semua partisipan dalam penelitian ini adalah adanya pengurangan pada aktivitas sosial mereka setelah menderita ulkus kaki diabetes. Mereka mengungkapkan seringkali mengurangi aktivitas sosial mereka disebabkan karena merasa dirinya tidak sebebaskan atau seaktif dulu akibat ulkus kaki yang dialaminya. Pengurangan aktivitas sosial mereka juga disebabkan oleh adanya perasaan *minder* dan tidak percaya diri dalam bergaul akibat perubahan kakinya, bahkan terdapat seorang partisipan wanita yang mengungkapkan dirinya menarik diri dari masyarakat sekitar karena ulkus kaki yang dideritanya.

Hal ini dibenarkan oleh literatur yang ditulis oleh Goodridge, Trepman & Embil (2005) yang menyatakan bahwa banyak penelitian kualitatif melalui observasi klinis pada pasien ulkus DM menemukan efek negatif yang sangat besar dari aspek psikososial yaitu mencakup pengurangan kegiatan sosial, pembatasan kerja, peningkatan ketegangan dalam keluarga dan kesulitan finansial. Hal tersebut juga didukung oleh Charles (1995, dalam Herber, Schnepf & Rieger, 2007) yang menyatakan pembatasan dalam bekerja juga merintangi pasien dalam membuat kontak sosial.

Terkait dengan adanya gangguan *body image* atau perasaan *minder* yang diungkapkan 3 partisipan, dimana dua orangnya adalah partisipan wanita, Walshe (1995) melalui penelitian kualitatifnya menyatakan bahwa para wanita yang mengalami ulkus umumnya merasa tidak menarik lagi dan berusaha menyembunyikan perban yang digunakannya. Problem yang sering mereka keluhkan adalah perubahan dari gaya berjalan, serta kesulitan dalam mencari bentuk sepatu yang sesuai akibat pembengkakan kaki. Hal yang sama juga dilaporkan dari penelitian kuantitatif oleh Hyland, et al (1994, dalam Herber, Schnepf & Rieger, 2007) 32% dari opini pasien bahwa kaki mendominasi pandangan terhadap tubuh mereka. Terutama para wanita, frustrasi dan kehilangan identitas diri dirasakan karena ketidakmampuan untuk bertindak sesuai dengan peran mereka (Dauglas, 2001 dalam Herber, Schnepf & Rieger, 2007).

Penelitian ini juga menemukan adanya ungkapan menarik diri/isolasi sosial oleh satu orang partisipan dalam penelitian ini. Isolasi sosial adalah satu masalah umum yang dialami oleh banyak pasien ulkus kaki dan ini berhubungan dengan berbagai keadaan (Hyde, Horsfall & Winder, 1999). Diperolehnya ungkapan menarik diri pada partisipan wanita dalam penelitian ini berbeda dari pernyataan Lindholm et al. (1993 dalam Herber, Schnepf & Rieger, 2007) yang menyatakan para wanita dengan ulkus kaki kurang mengalami adanya dampak isolasi sosial dibandingkan dengan populasi laki-laki yang lebih sering mengalami efek negatif dari isolasi sosial. Namun bila dilihat dari usia partisipan tersebut adalah seorang janda lansia yang berusia 65 tahun dan tinggal serumah dengan satu orang anaknya memungkinkan partisipan tersebut mengalami isolasi sosial, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hals & Haven (2008) terhadap lansia dengan menggunakan *isolated on the Life Space Index* bahwa perempuan lansia memiliki skor yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki terhadap isolasi sosial karena wanita lebih menyukai hidup sendiri, memiliki status kesehatan yang lebih rendah dan memiliki fungsi kognitif yang lebih rendah dibandingkan pria.

3. Mekanisme koping pada pasien ulkus kaki diabetes

Koping dimaknai sebagai apa yang dilakukan oleh individu untuk menguasai situasi yang dinilai sebagai suatu tantangan/luka/kehilangan/ancaman. Koping lebih mengarah pada yang dilakukan orang untuk mengatasi tuntutan-tuntutan

yang penuh tekanan atau yang membangkitkan emosi (Siswanto, 2007). Jones (2003) menetapkan bahwa reaksi individu terhadap stressor emosional yang dialaminya dapat menentukan koping strategi yang digunakannya. Berbagai sumber daya seperti keyakinan, religius, *social network*, uang, energi personal dan rasa aman emosional mungkin dapat digunakan untuk mengatasi stress yang dialami oleh penderita diabetes (Sridhar & Madhu, 2002). Terdapat beberapa perilaku koping yang digunakan dalam beradaptasi terhadap penyakit kronis seperti DM yaitu pengingkaran (*denial*), penerimaan (*acceptance*), dan pemecahan masalah (White, Richter & Fry C, 1992).

Pada saat diajukan pertanyaan terkait mekanisme koping yang digunakan partisipan dalam mengatasi segala perasaan dan kesedihan akibat mengalami luka, seluruh partisipan menyatakan mereka sudah pasrah dengan kondisi yang dialaminya sekarang setelah mereka melakukan berbagai upaya dalam menghadapi ulkus kaki DM. Semua partisipan dalam penelitian ini sudah dalam kondisi menerima (*acceptance*) bahkan dua orang partisipan menyatakan kondisi yang dialaminya sebagai proses penuaan dan merupakan hal yang wajar. Terkait dengan hal ini Philips, et al (1994) menyatakan orang lebih tua (*elderly*) mampu mengatasi dan menerima situasi karena mereka mampu menyesuaikan diri dengan pembatasan yang terjadi dan menganggapnya sebagai proses penuaan.

Kondisi menerima (*acceptance*) yang dialami oleh seluruh partisipan juga berhubungan dengan munculnya tema mendekatkan diri pada Tuhan dan tetap berpandangan positif pada diri. Hal ini didukung oleh Penelitian yang dilakukan oleh Tuncay, et al. (2008) pada 161 pasien DM type I dan II di Turki yang menyatakan ada hubungan yang kuat antara penggunaan *problem-focused coping strategies* yang dalam studinya digambarkan sebagai coping penerimaan (*acceptance*), penggunaan agama (*religion*), dan penggunaan dukungan emosional terhadap peningkatan kesejahteraan psikososial mereka. Dalam Penelitian ini juga dinyatakan bahwa *religion* secara signifikan berkorelasi terhadap pandangan diri yang positif (*positive reframing*).

Pada fase penerimaan (*acceptance*), sikap penerimaan telah tercapai. Kubbler-Ross (dalam Videbeck, 2008) mendefinisikan sikap penerimaan ada bila seseorang mampu menghadapi kenyataan daripada hanya menyerah pada pengunduran diri atau tidak ada harapan. Hal inipun sesuai dengan semua partisipan yang menerima dengan pasrah terhadap kehidupannya saat itu. Pasrah yang dialami partisipan pada umumnya dilakukan dengan mengupayakan berbagai tindakan kesehatan dalam menghadapi ulkus kaki yang dideritanya dan mendekatkan diri pada Tuhan. Pendekatan ini menempatkan kembali pengobatan spiritual sebagai salah satu cara pengobatan dalam upaya penyembuhan penderita.

Sedangkan Walshe (1995) mengatakan ada empat strategi koping utama yang digunakan pasien ulkus yaitu: koping perbandingan (*coping by comparison*), merasa sehat/*feeling healthy (despite the ulceration)*, penerimaan dengan cara memandang ulkus sebagai bagian dari proses penuaan, dan menjadi positif (*being positive*). Sebaliknya, Neil dan Munjas (2000 dalam Synder, 2006) mengamati banyak pasien tidak mengalami normalisasi dan dengan adanya luka mereka menjadi *obsessive*. Persepsi pasien dan *caregivers* terhadap proses penyembuhan menjadi penting dan ini mempengaruhi mereka dalam memilih strategi koping yang digunakan.

Melihat karakteristik partisipan dalam penelitian ini hampir seluruh partisipan dalam penelitian ini berusia dewasa menengah bahkan ada yang sudah lansia sehingga mereka lebih dapat menerima kondisinya tersebut, terkait dengan hal ini penelitian menemukan dimana orang yang lebih tua lebih mampu menghadapi dan menyesuaikan diri dengan keterbatasan dan cacat yang dimiliki dibandingkan dengan orang yang lebih muda (Hofman, Ryan, Arnold, et al.1997; Franks & Moffatt. 1998). Sedangkan Price & Harding (1996) melakukan pengukuran kualitas hidup pada pasien *leg ulcer* menyatakan secara statistik tidak ada perbedaan statistik antara orang lebih tua dan lebih muda.

Semua partisipan dalam penelitian ini juga menggunakan pendekatan spiritual dalam mengatasi berbagai masalah yang dialaminya. Spiritualitas mencakup

esensi keberadaan individu dan keyakinannya tentang makna hidup dan tujuan hidup. Spiritualitas dapat mencakup keyakinan kepada Tuhan atau kekuatan yang lebih tinggi, praktik keagamaan, keyakinan dan praktik budaya. Keyakinan, praktik spiritual dan agama membantu banyak klien melakukan koping terhadap stress dan penyakit. Stoley & Koenig (1997, dalam Videbeck, 2008) menuliskan bahwa agama dan aktivitas seperti berdoa dan dukungan sosial yang terkait dengan agama terbukti sangat penting untuk banyak individu dan terkait dengan kesehatan yang lebih baik dan perasaan sejahtera.

Terkait manfaat aktivitas spiritual terhadap status kesehatan pasien DM, Newlin, et al. (2008) melakukan studi kualitatif tentang hubungan antara *religion and spirituality* terhadap kontrol gula darah pada 109 wanita kulit hitam yang menderita DM. Dari penelitian tersebut dihasilkan bahwa *religion and spirituality* berkorelasi kuat terhadap kontrol gula darah pasien. Peningkatan fungsi spiritual atau religius dalam menghadapi penyakit diabetes dapat menurunkan kecemasan, depresi, dan keputusasaan (*hopelessness*), dan menstimulasi fungsi psikologis, adaptasi terhadap proses penyakit, kepuasan dan kualitas hidup (Rubin & Peyrod, 2001; Peyrot & Mcmurry, 1992; dalam Tuncay, 2008).

Hasil Penelitian Rowe dan Allen (2007, dalam Tuncay, et al. 2008) tentang hubungan antara spiritual dan koping pasien dengan penyakit kronis dimana salah satunya adalah pasien DM menyatakan juga menyatakan terdapat

sebuah korelasi positif antara peningkatan *interpersonal and transcendental connectedness* pasien dengan kesejahteraan dan fungsi psikologis yang dimilikinya. Studi lain juga dilakukan oleh Narayasamy (2002) yang melakukan studi fenomenologi untuk memahami coping spiritual pasien yang menderita penyakit kronis. Tema utama yang muncul dari penelitian ini yaitu pasien dengan penyakit kronis menggunakan coping spiritual sebagai berikut : "keyakinan", berdoa, mencari sumber dukungan serta pasien merasa mendapat manfaat yang besar dari intervensi keperawatan yang spesifik, mendukung, dan mau mendengarkan kebutuhan spiritual mereka.

4. Pemberian dukungan dari keluarga dan masyarakat terhadap pasien ulkus kaki diabetes.

Friedland et al (1996 dalam Theron, 2008) menemukan bahwa penyediaan sosial support dan pendamping bagi pasien-pasien dengan penyakit kronik berkontribusi terhadap pengembangan coping yang strategies dan dapat menurunkan stress yang dialami oleh pasien. Hal ini tidak berbeda dengan hasil penelitian ini dimana para partisipan merasa banyak mendapat dukungan dari keluarga, tetangga sekitar dan teman kerja. Dukungan ini dirasakan sangat berarti bagi partisipan dan membantu mereka lebih bersemangat dalam memperoleh kesembuhan.

Interaksi sosial dan support diantara pasien, keluarga, teman, perawat, profesi pelayanan kesehatan yang lain akan membantu membangun kesejahteraan

yang positif (*positif sense of well being*). Support sosial dapat diberikan dalam beberapa bentuk seperti dukungan emosional, bantuan praktis dalam memenuhi tugas ADL dan berbagi pengalaman untuk mengembangkan pengetahuan yang lebih baik terhadap situasi. Pasien-pasien ulkus khususnya lansia yang memandang dirinya kehilangan harapan dan kehilangan arti hidup, perlu untuk dicintai oleh orang lain (Theron, 2008).

Beberapa partisipan dalam penelitian ini menyatakan bahwa dukungan yang diberikan oleh keluarga dan masyarakat tidak hanya berupa dukungan finansial, namun juga dukungan fisik dan dukungan moral. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan Sridhar & Madhu (2002) bahwa dukungan sosial membantu mengatasi berbagai masalah psikososial yang dialami pasien diabetes, dukungan tersebut dapat berupa dukungan fisik dan dukungan materi, dan dukungan emosional.

Keluarga merupakan bagian dari kelompok sosial. House (dalam Smet, 2004) menyatakan terdapat lima dimensi dalam pemberian dukungan sosial yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental misalkan memberikan pinjaman uang, dukungan informatif dan *network support*. Baron & Byne (1991, dalam Taylor 2006) menyatakan dukungan keluarga sangat berperan dalam meningkatkan kesehatan tubuh dan menciptakan efek positif. Dukungan keluarga diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga yang lain sehingga akan memberikan

kenyamanan fisik dan psikologis pada orang yang dihadapkan pada situasi stress. Hal yang sama juga dinyatakan oleh Reinhard (2001) melaporkan hasil penelitiannya terhadap 570 orang pasien dewasa yang mengalami kerusakan visual kronis akibat DM, penelitian tersebut menyimpulkan bahwa dukungan negatif yang diberikan anggota keluarga adalah penyebab terkuat pada munculnya gejala depresi.

5. Harapan dan Kebutuhan pelayanan keperawatan yang dibutuhkan pasien ulkus kaki diabetes

Perawatan terhadap pasien ulkus kaki diabetes seharusnya tidak hanya berfokus pada aspek fisik saja namun perawatan terhadap aspek psikososial perlu juga dilakukan terhadap pasien ulkus kaki diabetes dan keluarganya. Seperti halnya program perawatan fisik yang bertujuan untuk mencegah komplikasi fisik, dukungan psikososial direncanakan untuk mencegah atau mengurangi/dampak psikososial akibat kelainan fisik yang dialaminya. Namun dari berbagai ungkapan yang disampaikan partisipan tentang pelayanan keperawatan yang sudah mereka dapatkan selama dirawat di RS, pelayanan keperawatan yang diberikan masih berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik pasien. Tentunya hal ini bertentangan dengan pernyataan Socialstyrelsen (1999, dalam Hornsten, 2004) bahwa peran perawat tidak hanya berperan dalam pemenuhan kebutuhan *self care* pasien seperti diet, olah raga, penggunaan insulin dan perawatan kaki namun perawat diabetes juga berperan penting dalam mendukung pasien memperoleh pengetahuan *self care*

tersebut dan membantu pasien dalam memperoleh kepercayaan diri untuk mencapai kontrol metabolik yang baik.

Studi lain yang dilakukan oleh Spilsbury, et al. (2006) melalui studi kualitatif terhadap perspektif pasien ulkus yang menerima layanan keperawatan menyatakan bahwa para perawat kurang maksimal dalam memahami terhadap adanya nyeri, ketidaknyamanan dan distress yang dialaminya selama melakukan perawatan ulkus mereka, perawat hanya memfokuskan pada kondisi ulkus. Hal yang sama ditemukan juga dalam studi penelitian ini, dimana perawat berkerja hanya memfokuskan pada kebutuhan dari aspek fisik pasien, seharusnya perawat juga berperan dalam merencanakan intervensi keperawatan terhadap dampak psikososial dari DM yang dialami pasien. Salah satunya adalah memberikan pengajaran tentang strategi koping yang sehat dan bermanfaat dalam proses adaptasi pasien terhadap penyakit diabetes dan penatalaksanaannya. Terkait dengan manfaat intervensi keperawatan tersebut, Grey, et al. (2000) melakukan *Randomised blinded controlled trial* terhadap 77 pasien DM remaja yang mengikuti pelatihan manajemen diabetes dan ketrampilan koping selama 12 bulan menyatakan bahwa setelah mengikuti program pelatihan tersebut mereka mengalami peningkatan kontrol metabolik dan peningkatan kualitas hidup.

Tidak teridentifikasinya pelayanan keperawatan yang sudah diterima partisipan terkait aspek psikososial dalam penelitian ini disebabkan karena

mereka hanya menganggap bahwa terlayannya kebutuhan fisik sebagai pelayanan yang baik secara keseluruhan. Dilihat dari karakteristik partisipan dimana sebagian besar memiliki latar belakang sosial ekonomi menengah ke bawah dan sebagian besar belum berpendidikan tinggi mungkin juga menjadi faktor yang berpengaruh terhadap persepsi kebutuhan pelayanan keperawatan yang seharusnya mereka dapatkan. Hal yang berbeda menurut Deeny dan Mc Crea (1991, dalam Istianah, 2008) melalui pendekatan *Grounded Theory* terhadap perspektif pasien dalam perawatan *stoma*, tidak teridentifikasinya kebutuhan psikologis dan sosial pasien disebabkan karena perawat kurang mempunyai keterampilan yang diperlukan untuk membangun hubungan yang baik dengan pasien sehingga masalah-masalah psikologis dan sosial kurang bisa tergal dengan baik.

Pada penelitian ini teridentifikasi bahwa pasien DM dengan ulkus kaki memerlukan kebutuhan untuk lebih didengarkan dan menginginkan hubungan yang lebih dekat antara perawat dengan pasiennya. Dari hasil wawancara dengan semua partisipan dalam studi ini terungkap bahwa tidak terpenuhinya kebutuhan tersebut diakibatkan oleh tingginya kesibukan perawat dan beban kerja di ruangan menyebabkan mereka kurang memiliki waktu yang cukup dalam melakukan komunikasi terapeutik untuk mendengarkan berbagai masalah yang dialami partisipan.

Potter & Pery (2005) menuliskan dalam literatur bahwa komunikasi terapeutik adalah proses dimana perawat menggunakan pendekatan terencana untuk mempelajari klien. Dengan komunikasi terapeutik akan dikembangkan hubungan interpersonal antara klien dan perawat. Proses komunikasi terapeutik merupakan kemampuan dan komitmen yang tulus dari perawat untuk membantu klien mencapai keberhasilan keperawatan bersama.

Siminerio, et al. (2007) melakukan *crosssectional study* tentang persepsi dokter dan perawat di United State terhadap keterlibatan dan peran perawat dalam perawatan diabetes. Penelitian tersebut dihasilkan bahwa para perawat dan dokter menyetujui bahwa perawat harus berperan lebih besar dalam mengelola diabetes. Perbedaan paling umum antara perawat dan dokter adalah perawat menyampaikan edukasi lebih baik, menghabiskan lebih banyak waktu dengan pasien, menjadi pendengar lebih baik, dan mengenal pasien lebih baik dari pada dokter. Semua perawat mempunyai kebutuhan yang tinggi terhadap pemahaman psikososial dibandingkan dokter dalam bertanggung jawab terhadap pasiennya. Banyak manfaat positif yang diperoleh dari kunjungan dan komunikasi yang baik antara perawat serta pasien dan pasien.

Selanjutnya, hasil wawancara dengan partisipan juga melaporkan tentang harapan akan hubungan yang lebih dekat antara perawat dan pasiennya. Hal ini sama dengan hasil penelitian Morgan & Moffat (2008) yang melakukan eksplorasi terhadap hubungan antara pasien yang mengalami *non healing leg*

ulcer dan perawat komunitas. Data kualitatif dikumpulkan dari lima pasien *leg ulcer* yang telah sembuh dan memiliki pengalaman yang sulit dalam kepatuhan terhadap *treatment*. Berdasarkan hasil wawancara tersebut mereka menyatakan perlunya perawat membangun hubungan terapeutik yang dilandasi saling percaya ketika mereka merasa ada masalah dan mereka menganggap perilaku perawat masih rendah dalam hal ini.

Mok & Chiu (2004) juga melakukan penelitian kualitatif tentang hubungan pasien dengan perawat dalam *palliative care*. Dari hasil wawancara mendalam terhadap 10 orang perawat *hospice* dan 10 orang pasien terminal dihasilkan beberapa kategori dari persepektif pasien yaitu (1) perawat dan pasien harus membentuk satu hubungan kepercayaan, (2) menjadi bagian dari keluarga, (3) selalu menjadi pengisi saat mereka mengalami perasaan antara hidup dan mati. Partisipan dalam penelitian tersebut juga mengungkapkan bahwa dengan hubungan kepercayaan yang terbentuk, perawat tidak hanya dihargai oleh para profesional kesehatan yang lain, tetapi juga dapat menjadi bagian dari keluarga atau teman baik pasien. Melalui penelitian ini dinyatakan bahwa Perawat yang mampu menampilkan perawatan yang holistik adalah perawat yang dapat membangun kepercayaan pasien, mampu memperlihatkan kepedulian yang lebih tinggi, memperlihatkan pemahaman terhadap penderitaan mereka, menyediakan kenyamanan tanpa harus diminta, dan dapat diandalkan, pandai, kompeten dan memiliki dedikasi yang tinggi terhadap perawatan.

B. Keterbatasan Penelitian

Berdasarkan proses penelitian yang dilalui, beberapa keterbatasan yang teridentifikasi antara lain :

1. Keterbatasan dalam menentukan partisipan, pada awalnya peneliti ingin mengambil calon partisipan hanya pada pasien yang di rawat inap untuk memudahkan peneliti melakukan asuhan keperawatan dalam rangka membina hubungan saling percaya, namun karena terbatasnya jumlah calon partisipan dan kesediaan untuk diwawancarai serta kondisi kesehatan dari calon partisipan yang memburuk sehingga hanya tiga orang partisipan yang dilakukan wawancara di rumah sakit, untuk mengatasi ini peneliti mengambil partisipan pada pasien yang melakukan perawatan luka di poli kaki diabetes RSUPN Cipto mangunkusumo.
2. Keterbatasan karakteristik partisipan, peneliti memiliki keterbatasan dalam memilih karakteristik partisipan yang bervariasi terutama dalam rangka menggali mekanisme coping yang dilakukan karena jumlah partisipan yang terbatas, sehingga semua partisipan dalam penelitian ini sudah mengalami kondisi *acceptance* terhadap penyakitnya.
3. Keterbatasan lainnya yaitu kemampuan peneliti sebagai instrumen utama. Penelitian ini merupakan pengalaman pertama bagi peneliti dalam melakukan penelitian kualitatif. Karena dalam penelitian kualitatif peneliti merupakan instrumen utama dalam pengumpulan data, maka pengalaman dan kemampuan peneliti dalam wawancara banyak mempengaruhi hasil yang didapatkan.

Peneliti banyak mengalami kesulitan dalam mengembangkan pertanyaan saat dilakukan wawancara mendalam terhadap tujuan penelitian.

C. Implikasi Dalam Keperawatan.

Temuan dalam penelitian ini memiliki beberapa implikasi bagi praktek dan pendidikan keperawatan. Penelitian ini memberikan gambaran mendalam tentang bagaimana pengalaman psikososial pasien menjalani kehidupannya dengan ulkus kaki diabetes. Permasalahan psikososial yang timbul berhubungan erat dengan pelayanan yang diterima selama pasien berada di rumah sakit. Penting bagi pasien untuk memperoleh gambaran yang jelas mengenai apa saja yang bisa terjadi dan bagaimana mengatasinya. Hubungan interpersonal yang lebih baik diperlukan dalam memenuhi kebutuhan pasien untuk didengarkan yang akan membantu pasien menjalankan kehidupannya dengan ulkus kaki diabetes.

1. Bagi praktek keperawatan.

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus didasarkan pada pengkajian yang komprehensif dan tidak hanya memfokuskan pengkajian pada aspek fisik namun juga pada masalah psikososial pasien. Diperlukan kemampuan komunikasi yang baik dari perawat untuk mampu menggali permasalahan-khususnya permasalahan psikososial. Tema-tema yang muncul dalam penelitian ini dapat digunakan oleh perawat baik yang bekerja di rumah sakit maupun perawat komunitas dalam mengkaji kebutuhan psikososial yang diperlukan pasien. Perawat profesional perlu menyediakan dukungan emosional secara terus menerus yang membantu pasien ulkus

untuk menerima realitas dirinya. Realitas diri yang positif dan dukungan sosial yang baik akan mempengaruhi tingkat kesejahteraan, morbiditas & mortalitas pada pasien ulkus kaki diabetes. Keperawatan yang diberikan secara holistik, lebih empatik dan berpengetahuani akan membantu pasien lebih dapat beradaptasi dan bersemangat terhadap proses penyembuhan ulkus kaki yang dialaminya.

2. Bagi Pendidikan keperawatan

Penelitian ini juga memiliki implikasi bagi pendidikan keperawatan, melihat beberapa permasalahan psikologis dan sosial yang muncul dari penelitian ini mengharuskan perlunya pengembangan kompetensi perawat psikososial terhadap pasien khususnya DM dengan ulkus kaki dalam kurikulum pendidikan keperawatan. Para mahasiswa keperawatan perlu dibekali dengan pengkajian psikososial dan berbagai intervensi untuk mengatasi masalah psikososial tersebut. Selain itu perlunya pelatihan-pelatihan khusus bagi perawat diabetes tentang metode peningkatan adaptasi, coping, dan dukungan sosial bagi pasien diabetes.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini yang pertama akan dijelaskan simpulan yang menjawab permasalahan penelitian yang telah dirumuskan. Kemudian akan disampaikan saran praktis yang berhubungan dengan masalah penelitian.

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini terdapat beberapa kesimpulan tentang pengalaman psikososial yang dialami pasien ulkus kaki diabetes dalam konteks asuhan keperawatan DM di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta.

1. Respon psikologis dialami oleh pasien ulkus kaki diabetes meliputi menghadapi berbagai ketakutan, menjadi tidak berdaya, merasa menjadi beban keluarga dan menyalahkan diri sendiri.
2. Respon sosial yang diungkapkan oleh pasien ulkus kaki diabetes adalah menjadi tidak sebebas/ tidak seaktif dulu dan menjadi tidak percaya diri dalam bergaul.
3. Mekanisme koping yang digunakan pasien ulkus kaki diabetes dalam menghadapi respon psikologis dan sosial yang dialaminya yaitu menjalani kehidupan dengan pasrah pada keadaan, banyak mendekatkan diri pada Tuhan serta tetap memiliki pandangan positif terhadap diri meskipun mempunyai ulkus kaki diabetes.

4. Setiap pasien ulkus kaki diabetes memperoleh dukungan dari lingkungan sekitarnya terutama dukungan keluarga, pasangan, teman terdekat, dan dukungan masyarakat sekitar dan mendapatkan manfaat yang positif dari dukungan tersebut.
5. Setiap pasien ulkus kaki diabetes memiliki berbagai harapan dan kebutuhan terhadap pelayanan psikososial yang meliputi kebutuhan untuk lebih didengarkan dan hubungan yang lebih dekat antara perawat dan pasien.

B. Saran

1. Pelayanan Keperawatan Medikal Bedah

- a. Diperlukan peningkatan pelayanan yang lebih baik lagi terutama dalam hal pemberian intervensi keperawatan yang spesifik untuk mengatasi masalah psikososial pasien ulkus kaki diabetes, misalkan dengan melakukan *behavior therapy* untuk menurunkan kecemasan/ketakutan, meningkatkan kemampuan coping dan meningkatkan citra tubuh atau dengan melakukan *social skill therapy* untuk meningkatkan kemampuan sosialisasi pasien
- b. Perlunya peningkatan kemampuan bagi perawat untuk meningkatkan kemampuan intervensi psikososial misalkan dengan mengadakan pelatihan tentang *coping skill therapy* untuk dapat mengajarkan berbagai coping yang adekwat dan menentukan strategi coping yang sehat khususnya bagi pasien ulkus kaki diabetes.
- c. Perawat medikal bedah dapat meningkatkan peran kolaborasinya dengan spesialis keperawatan jiwa dan profesi lain dalam rangka kolaborasi penggunaan terapi modalitas seperti *hipnotherapy*, terapi kognitif, dan *logo*

therapy khususnya bila menemukan pasien ulkus kaki diabetes yang mengalami masalah psikososial yang berat.

- d. Perlu bagi perawat untuk lebih melibatkan keluarga dalam intervensi psikososial misalkan dengan meningkatkan peran dan kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan yang efektif bagi pasien ulkus diabetes.
- e. Perlu dibuatkan semacam panduan untuk pasien yang akan menjalani hidup dengan diabetes beserta permasalahan kaki yang dialaminya. Perlu juga dibentuk semacam *peergroup* dalam rangka meningkatkan sosialisasi dan saling berbagi pengalaman.

2. Institusi Pendidikan Keperawatan

Mengembangkan kurikulum untuk pendidikan berkelanjutan atau spesialisasi keperawatan, terutama dengan membekali peserta didik dengan model asuhan keperawatan pasien dengan ulkus kaki diabetes yang tidak hanya memfokuskan aplikasi terapi keperawatan pada aspek fisik tetapi juga pada aspek psikososial.

3. Peneliti selanjutnya

Penelitian kuantitatif tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan penggunaan mekanisme koping, hubungan mekanisme koping dan dukungan sosial dengan kualitas hidup perlu dilakukan sebagai masukan intervensi keperawatan yang tepat bagi peningkatan kemampuan koping dan adaptasi pasien ulkus kaki diabetes. Perlu juga digunakan metode kuasi eksperimen untuk menguji standar asuhan keperawatan yang memperhatikan aspek psikososial juga diperlukan untuk mengatasi permasalahan psikososial pasien ulkus kaki diabetes.

DAFTAR PUSTAKA

- ADA (American Diabetes Association). (2007). *Standard of Medical Care in Diabetes*. <http://intl-are.diabetesjournals.org/cgi/content/full/30/>. diperoleh tanggal 28 Juli 2008.
- Beitz, J.M., & Goldberg, E. (2005). *The lived experience of having a chronic wound : a phenomenologic study*. diperoleh dari http://findarticles.com/p/articles/mi_m0F pada tanggal 28 Juli 2008.
- Benbow, M. (2005). *Diabetic foot ulcers; managing patient care*. Practice Nurse. <http://proquest.umi.com/pqdweb>. diperoleh pada 8 Agustus 2008.
- Beverly, E.A., Penrod, J., & Wray, L.A. (2007). Living with type 2 diabetes; marital perspectives of middle ages and older couples. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf>. Diperoleh pada 28 Juli 2008.
- Bielby, A. (2006). *Understanding foot ulceration in patients with diabetes*. Nursing Standard. <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=27&did=10614>. diperoleh tanggal 24 Juli 2008.
- Black, S.A. (1999). Increased health burden associated with comorbid depression in older diabetic Mexican-Americans: Results from the Hispanic established population for the epidemiologic study of the elderly survey. *Diabetes Care* 22: 56 - 64.
- Black, J.M. & Hawk, J.H. (2005). *Medical surgical nursing clinical management for positive outcome*. (7th ed.). St. Louis, Missouri : Elsevier Saunders.
- Brown, A. (2008). *Does social support impact on venous elcer healing or recurrence; Wound Care*. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf>. diperoleh pada 9 Agustus 2008.
- Burns, N. & Grove, S.C. (2001). *The practice of nursing research onduct, critique, & utilization*. (4th ed.). Philadelphia, Pennsylvania : W.B. Saunders Company.
- Canadian Diabetes Association. (2003). *Psychological Aspects of Diabetes; Clinical Practice Guidelines Expert Committee*. <http://www.diabetes.ca/cpg2003>. Diperoleh pada 22 Agustus 2008.

- Chase, S.K., Melloni, M., Savage, A.(1997) A forever healing: the lived experience of venous ulcer disease. *Journal of Vascular Nursing*. 1997;10:73–78. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/redirect3.cgi>. diperoleh pada 12 November 2008.
- Chase, S.K., Whittemore, R., Crosby, N., Freney, D., Howes, P., & Phillips, T.J. (2000). Living with chronic venous ulcers: a descriptive study of knowledge and functional health status. *Journal of Community Health Nursing*. 2000;17:1–13. <http://www.informaworld.com/smpp/content>. diperoleh pada 12 November 2007.
- Chiechanowsky, P.S., Katon, W.J., Russo, J.E. (2000). *Depress & Diabetes Impact of Depressive Symptoms on Adherence, Function, and Costs*. <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/160/21/3278> Diperoleh pada 6 Agustus 2008.
- De Marco, S. (2005). *Wound and pressure ulcer management. Assessment section*. http://www.hopkinsmedicine.org/gec/series/wound_care.html. Diperoleh pada 20 Agustus 2008.
- Degazon, C.E., & Parker, V.G. (2007). *Coping and Psychosocial Adaptation to Type 2 Diabetes in Older Blacks Born in the Southern US and the Caribbean*. *Research in Nursing & Health*, , 30, 151–163.
- Dochtermen, M, J & Bulechek, G.M. (2004). *Nursing intervention classification (NIC)*. 4th, Mosby Inc, St. Louis.
- Doenges, MG., Moorhouse, M.F., & Geissler, A.C. (2000). *Rencana asuhan keperawatan, pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. Alih Bahasa; I Made Kariasa dan Ni Made Sumawarti. Jakarta : EGC.
- Dunning, T. (2003). *Care of People with Diabetes; A manual of Nursing Practice*. Blackwell Publising.
- Franks PJ, Moffatt CJ. (1998). Who suffers most from leg ulceration. *Journal Wound Care*;7(8):383-385)
- Frykberg, R.G., Zgonis, T., Armstrong, D.G., Driver, V.R., Giurini, J.M., Kravitz, S.R., et al. (2006). *Diabetic Foot Disorder; A Clinical Practice Guideline*. *The Journal of Foot & Ankle Surgery*. 45 (5). 2 -3.
- Garay-Sevilla, M.E., Malacara.J.M, Gutiérrez-Roa.A., & González, E.(1999). *Denial of disease in Type 2 diabetes mellitus: its influence on metabolic control and associated factors*. <http://www3.interscience.wiley.com/journal/120193687/abstract>. diperoleh tanggal 13 Oktober 2008

Gilpin, H., & Lagan, K. (2008). *Quality of life aspects associated with diabetic foot ulcers: a review*. http://findarticles.com/p/articles/mi_m0MDQ/ Diperoleh pada 8 Agustus 2008.

Goodridge, D., Trepman, E., & Embil, J.M. (2005). *Health Related Quality of Life in Diabetic Patients With Foot Ulcers: Literature Review*. <http://www.jwocnonline.com/pt/re/jwocn/>. Diperoleh pada 12 November 2005.

Goz, F., Karaoz, S., Goz, M., Ekiz, S., & Cetin, I. (2007). *Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life*. www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=647&accno=2009624792. Diperoleh pada 22 oktober 2008.

Grandinetti, A., Chang, H.K., Mau, M.K., Curb, J.D., Kinney, E.K., Sagum, R., and Arakaki, R.F. (1998). Prevalence of glucose intolerance among Native Hawaiians in two rural communities. *Diabetes Care* 21:549-554.

Graue, M., Larsen, T.W., Bru, E., Hanestad, B.R., & Sevik, O. (2004). *The Coping Styles of Adolescents With Type 1 Diabetes Are Associated With Degree of Metabolic Control*. <http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/27/6/1313>. Diperoleh pada 13 oktober 2008.

Grey, M., Boland, E.A., Davidson, M., et al. (2001). Intensive diabetes management plus coping skills training improved metabolic control and quality of life in adolescents. *Evidence-Based Nursing* 4:11.P 137.

Hall, B., & Havens, B. (2008). *The Effect Of Social Isolation And Loneliness On The Health Of Older Women*. http://www.uwinnipeg.ca/admin/vh_esolation.html. Diperoleh 2 Desember 2008.

Hampton, S. (2004). *Holistic wound care*. <http://www.jcn.co.uk/journal.asp>. Diperoleh pada 14 September 2008.

Hayes, M. (2001). A phenomenological study of chronic sorrow in people with type 1 diabetes. *Practical International Diabetes*. 18 (2), 65-69. <http://www3.intersc>. Diperoleh 28 Juli 2008.

Herber, O.R., Schnepf, W., & Rieger, M.A. (2007). *A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life*. <http://www.pubmedcentral.nih.gov>. Diperoleh pada 12 November 2005.

Hess, C.T. (1999). *Caring for a diabetic ulcer*. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf>. Diperoleh pada 12 Agustus 2008.

Hofman D, Ryan T, Arnold F, et al. (1997) Pain in venous leg ulcer. *Journal Wound Care*. 6 (5):222- 224.

- Hornsten, A. (2004). *Experiences of Diabetes Care Patients' and Nurses' .Perspectives*. www.diva-portal.org/diva/getDocument?urn_nbn_se_umu_diva-25 diperoleh tanggal 12 November 2008.
- Hyde, C.W.B., Horsfall, J., & Winder, G. (1999). Older women's experience of living with chronic leg ulceration. *International Journal of Nursing Practice*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. diperoleh pada 12 November 2008.
- Isabella, C.H.P. (2008). *Pengalaman ketidakpatuhan pasien terhadap penatalaksanaan Diabetes Mellitus; Studi fenomenologi dalam konteks asuhan keperawatan di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Tesis master tidak diterbitkan. Universitas Indonesia. Jakarta.
- Ismail, K., Winkley, K., Stahl, D., Chalder, T., & Edmonds, T. (2007). *A Cohort Study of People With Diabetes and Their First Foot Ulcer*. <http://care.diabetesjournal>. Diperoleh pada 12 Agustus 2008.
- Istianah, U.(2008). *Pengalaman pasien dengan colostomy dalam konteks asuhan keperawatan kanker kolorektal di wilayah DKI Jakarta*. Tesis. Master tidak diterbitkan. Universitas Indonesia. Jakarta.
- Jones J. (2003). Stress responses, pressure ulcer development and adaptation. *Brit J Nurs*. <http://search.ebscohost.com/login>.diperoleh pada 15 November 2008
- Karlsen, B., Idsoe, T., Hanestad, B.R., Murberg, T., & Bru, E. (2004). Perceptions of support, diabetes-related coping and psychological well- being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*. 9 (1).p 66.
- Keeling, D., Price, P., Jones, E., & Harding, K.G. (1997). Social support for elderly patients with chronic wounds. *Journal Wound Care*. <http://search.ebscohost.com>. diperoleh 15 November 2008.
- King, A.C., & Gordon, K.H. (2001). Psychological Factors and Delayed Healing in Chronic Wounds; *Psychosomatic Medicine*. <http://www.psychosomaticmedicine>. Diperoleh pada 19 September 2008.
- Kinmond, K., Me Gee, P., Gough, S., & Ashford, R. (2002) *'Loss of self': a psychosocial study of the quality of life of adults with diabetic ulceration*. <http://www.worldwidewounds.com/2003>.diperoleh pada 7 Agustus 2005.
- Kunimoto, B.T. (2001). Assessment of Venous Leg Ulcers: An In-depth Discussion of a Literature- Guided Approach. *Ostomy/Wound Management* . 47(5). 38–53.
- Macnee, C.L.(2004). *Understanding nursing research : reading and using research in practice*. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.

- Mok, E. & Chiu, P.(2004). *Nurse-patient relationships in palliative care*. <http://www.journalofadvancednursing.com>. diperoleh pada 19 November 2008.
- Moleong, L.J. (2007). *Metodologi penelitian kualitatif*. Edisi Revisi. Bandung : PT Rosdakarya.
- Monami, M., Longo, R., Desideri, C.M., Masotti, G., Marchionni, N., & Mannucci, E. (2008). *The Diabetic Person Beyond a Foot Ulcer Healing, Recurrence, and Depressive symptoms*. <http://www.japmaonline.org/cgi/content>. diperoleh pada 20 Agustus 2008.
- Morgan, P.A., & Moffat, C.J. (2008). *Non healing leg ulcers and the nurse-patient relationship. the patient's perspective*. http://www.find-health-articles.com/rec_pub_18494639. diperoleh 21 November 2008.
- Narayanasamy,A. (2002). Spiritual coping mekanisme in chronically ill patients; *British Journal of Nursing*, <http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library>. Diperoleh tanggal 13 Oktober 2008.
- Newlin, K. Melkus, G.D. Tappen, R. Chyun, D. & Koenig, H.G. (2008). *Relationships of religion and spirituality to glycemic control in Black women with type 2 diabetes*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18794717>. Diperoleh pada 17 Desember 2008
- Pdpersi. (2008). *Faktor Lingkungan dan Gaya Hidup Berperan Besar Memicu Diabetes*. <http://www.pdpersi.co.id>. Diperoleh tanggal 9 Agustus 2008.
- Persoon, A., Heinen,M.M., Van Der Vleuten, C.J.M., De Rooij, M.J., Van De Kerkhof, P.C.M., Van Achterberg, T. (2003). *Leg ulcers: a review of their impact on daily life* .Journal of Clinical nursing. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf>. diperoleh tanggal 9 Agustus 2008.
- Philips, T., Stanton, B., provan, A. & Lew, R. (1994). *A study of the impact of leg ulcers on quality of life: financial, social, and psychologic implications*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. diperoleh pada 12 November 2008.
- Pollit, D. F & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research : principles and methods* . (6th ed.). Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Potter, P.A. & Perry, A.G.(1997). *Fundamentals of nursing : concepts, process, and practice*. (4th ed.) Philadelphia : Mosby.
- Price P, Harding K. (1996). Measuring health-related quality of life in patients with chronic leg ulcers. *WOUNDS*. 8(3): 91- 94.
- Price, S. & Wilson, L.M. (2002). *Pathofysiology clinical concepts of disease processes*. St. Louis: Mosby Year Book.Inc.

- Reinhard, J.P. (2001). Effect of positive and negative social support received and provided on adaptation to chronic visual impairment. *Applied Developmental Science*, 5. [http:// web.ebscohost.com](http://web.ebscohost.com), diperoleh tanggal 12 Agustus 2008.
- Ribu, L., & Wahl, A. (2004). *How patients diabetes who have foot and leg ulcer perceive the nursing care they receive*. *Journal Of Wound care*. http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=26578;article=JWC_13_2_65_68, diperoleh tanggal 21 Juli 2008.
- _____. (2004). *Living with diabetic foot ulcer: a life of fear, restrictions and pain*. *Ostomy Wound Management*. <http://www.o-wm.com>, diperoleh tanggal 21 Juli 2008.
- Searle, A., Campbel, R., Tallon, D., Fitzgerald, A., & Vedhara, K. (2005). *A Qualitative Approach to Understanding the Experience of Ulceration and Healing in the Diabetic Foot. Patient and Podiatrist Perspective*. <http://www.medscape.com/viewarticle/498844>. diperoleh tanggal 7 Agustus 2008.
- Sholeh, M. (2006). *Terapi sholat tahajud*, Hikmah. Jakarta
- Siminerio, L.M., Funnel, M.M., Peyrot, M., & Rubin, R. R. (2007). *US Nurses' Perceptions of Their role in Diabetes Care*. <http://tde.sagepub.com/cgi/> diperoleh pada tanggal 19 November 2008.
- Siswanto. (2007). *Kesehatan mental; Konsep, Cakupan dan perkembangannya*. Andi offset. Yogyakarta.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2008). *Brunner & Suddarth's: Textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Smet, K.G. (2004). Social Support Survey. *Social Science and medicine*, 32 (6), 705 – 706.
- Soeparman. (1996). *Diagnosis dan klasifikasi diabetes mellitus*. (ed). Ilmu Penyakit Dalam Jilid I edisi ketiga. Jakarta : Balai Penerbit FK UI: 550 – 596.
- Spilsbury, K., Nelson, A., Cullum, N., Igleas, C., Nixon, J., Mason, S. (2006) . *Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives*. *Journal of Advanced Nursing*. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf>. diperoleh tanggal 9 Agustus 2008.
- Sridhar, G.R. & Madhu, K. (2001). *Coping with Diabetes: A Paradigm for Coping with Chronic Illness*. <http://www.ijddc.com/text.asp?2001/21/2/103/26873>. diperoleh tanggal 13 Oktober 2008.

- Streubert, H.J. & Carpenter, D.J. (1999). *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative*. (2nd ed.). Philadelphia : Lippincott.
- Sudhir, P.M., Kumaraiah, V., Munichoodappa, C., & Kumar, K.M.P. (2001). *Management of children with Diabetes Mellitus - Psychosocial Aspects*. <http://www.ijddc.com/text.asp?2001/21/2/69/26878>, diperoleh pada 21 Agustus 2006.
- Sudoyo, dkk. (2006). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. (3rd Ed.). (hlm 1876-1879). Jakarta: Pusat Penerbit Departemen Penyakit Dalam FKUI
- Sugiyono. (2007). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R & D*. Bandung : CV Alfabeta.
- Sugondo S, dkk . (2007). *Penatalaksanaan diabetes mellitus terpadu*. FKUI. Jakarta.
- Suharjo B Cahyono. (2007). Manajemen Ulkus Kaki Diabetik. *Dexa Media*. 20 (2). 103-108.
- Sultan, S., Epel, E., Sachon, C., Vaillant, G., & Heurtier, A.H. (2008). *A longitudinal study of coping, anxiety and glycemic control in adults with type 1 diabetes*. *Psychology and health*. 23(1) ; 73 – 89.
- Synder, R.J. (2006). *Venous Leg Ulcers in the Elderly Patient: Associated Stress, Social Support, and Coping ; Ostomy/ Wound Management* . <http://www.o-wm.com/article/6122> diperoleh pada 12 Agustus 2008.
- Talaz, A.A., & Cinar, S. (2006). Comparison of psychosocial adjustment in people with diabetes with and without diabetic foot ulceration, *Australian Journal Of Advanced Nursing*. <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&sid>. Diperoleh 28 Juli 2008.
- Taylor, S.E. (2006). *Health Psychology* (6th.Ed). Singapore : Mc. Graw Hill Book Company.
- Theron, B. (2008). *Quality of Life of Adults With Venous Leg Ulcer*. Thesis. Diperoleh dari <http://www.google.co.id> pada tanggal 12 November 2008.
- Tuncay, T., Musabak, I., Gok, D.E., & Kutlu, M. (2008). *The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes*. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2572593>. Diperoleh pada tanggal 17 Desember 2008.
- Walshe, C. (1995) Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patients' experiences. *Journal of Advanced Nursing*.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. diperoleh pada 28 Juli 2007.

- Waluya, N.A. (2008). *Hubungan kepatuhan pasien dengan kejadian ulkus diabetik dalam konteks asuhan keperawatan pasien diabetes melitus di RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung*. Tesis master tidak diterbitkan. Universitas Indonesia. Jakarta.
- Van der ven, N. (2003). *Psychosocial Group Interventions in Diabetes Care*. <http://spectrum.diabetesjournals.org/cgi/content/full/16/2/88>. diperoleh pada 22 Agustus 2008).
- White, N.E., Richter, J.M., & Fry, C. (1992). Coping, social support and adaptation to chronic illness. *Western J Nurs Res*. [Http://search.ebscohost.com/login](http://search.ebscohost.com/login). diperoleh 15 November 2008.
- WHO. (1999). *Defenition, diagnosis and classification of diabetes mellitus; Report of WHO consultation. Part 1: Diagnosis and Classification of diabetes mellitus*. <http://www.com.au.pdf/who-report>. Diperoleh 10 Juni 2008.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku ajar keperawatan Jiwa*. Alih bahasa Renata Komalasari, Alfrina Hany. EGC. Jakarta.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sierre, R., & King, H. (2004). *Global prevalence of diabetes; estimates for the year 2000 and projection for 2030*. <http://www.who.int/diabetes/facts/en/diabcare0504.pdf>. diperoleh pada 22 Oktober 2008.
- Vileikyte. (2003). *Comparison of psychosocial adjustment in people with diabetes with and without diabetic foot ulceration*. http://www.ajan.com.au/Vol25/Vol_25-4_Cinar.pdf. diperoleh pada 28 Juli 2007.
- Wilkinson, J.M. (2005). *Nursing diagnosis handbook: With NIC intervention and NOC outcomes*. 8th. Ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Wu Shu Fang. (2007). *Effectiveness of self management for person with type II diabetes following the implementation of a self-efficacy enhancing intervention program in Taiwan*. Queensland; Queensland university of Technology.

SURAT PENGANTAR PARTISIPAN

**Kepada Yth.
Calon Partisipan Di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo**

Dengan hormat,
Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **Ns. Endang Sri P Ningsih , S.Kep.**
NPM : **0606155663**
Alamat : **Jln Margonda Raya Gg H. Atan No 76 Rt 04 Rw 12
Kemiri Muka Depok**
No Telp. : **081351040521**

Adalah mahasiswa Program Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, yang sedang melaksanakan penelitian dengan judul “Pengalaman Psikososial Pasien DM dengan ulkus (luka) kaki Diabetes Grade II dalam konteks asuhan Keperawatan”.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran yang utuh dan mendalam tentang pengalaman psikososial pasien DM yang mengalami ulkus kaki. Adapun manfaat penelitian secara garis besar adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien DM khususnya yang mengalami komplikasi ulkus kaki.

Dalam penelitian ini akan dilakukan 2 kali pertemuan selama 45 – 60 menit dengan partisipan sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat bersama. Pertemuan tersebut akan dilakukan wawancara, partisipan diharapkan dapat menyampaikan pengalamannya dengan utuh. Selama penelitian dilakukan, peneliti menggunakan alat bantu penelitian berupa catatan dan alat perekam (MP4) untuk membantu kelancaran pengumpulan data.

Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian. Semua hasil catatan atau data partisipan akan dimusnahkan setelah penelitian ini dilaksanakan. Jika anda telah menjadi partisipan dan terjadi hal-hal yang memberatkan maka diperbolehkan untuk mengundurkan diri dari penelitian ini dengan menghubungi peneliti pada nomor telepon yang tercantum diatas.

Apabila anda menyetujui maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan mengikufi wawancara sesuai dengan pedoman yang telah saya buat. Atas perhatian, kerjasama dan kesediaannya menjadi partisipan diucapkan terima kasih.

Jakarta, November 2008
Hormat Saya,

Ns. Endang Sri P Ningsih, S.Kep

PERNYATAAN PERSETUJUAN BERPARTISIPASI DALAM WAWANCARA

Judul Penelitian : Pengalaman Psikososial Pasien DM dengan ulkus (luka) kaki grade II dalam konteks asuhan keperawatan di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis kelamin:

Alamat :

menyatakan bahwa :

1. Saya telah membaca formolir informasi dari peneliti dan peneliti juga telah menjelaskan kepada saya tentang tujuan, manfaat dan prosedur penelitian tersebut.
2. Saya telah memahami penjelasan tersebut dan bersedia tanpa paksaan dari pihak manapun untuk ikut berpartisipasi dan menjadi responden dalam penelitian ini.
3. Saya tidak akan diidentifikasi dan identitas saya akan dirahasiakan.
4. Saya memahami bahwa selama wawancara saya akan direkam dengan alat perekam (MP4) dan kemudian hasil wawancara akan ditranskripkan.
5. Saya memahami bahwa rekaman dan transkrip hasil wawancara akan disimpan oleh peneliti dan peneliti hanya menggunakannya dalam keperluan penelitian ini dan pengembangan ilmu keperawatan.
6. Saya menyatakan bahwa saya tidak dirugikan dalam penelitian ini.

Dengan pertimbangan tersebut, saya memutuskan secara sukarela bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan semestinya.

Jakarta,

2008

Yang membuat Pernyataan

Partisipan

PANDUAN WAWANCARA MENDALAM

1. Apa saja yang bapak/ibu alami dengan kondisi adanya luka saat ini ?
2. Adakah perbedaan dengan sebelum memiliki luka ?
3. Bagaimana cara bapak/ibu mengatasi perasaan emosional tersebut ?
4. Bagaimana bapak/ibu berhubungan dengan orang lain setelah mengalami luka ?
5. Bagaimana bapak dan ibu beraktivitas sosial dengan lingkungan setelah mengalami luka kaki ?
6. Bagaimana bapak/ ibu mendapatkan dukungan dari lingkungan sekitar (pasangan, keluarga, teman terdekat, atau masyarakat sekitar) setelah menderita luka kaki diabetes ini ?
7. Seperti apa bapak/ ibu melihat diri bapak/ ibu saat ini ?
8. Saat ini hidup bapak/ ibu berarti buat siapa ?
9. Seperti apa pelayanan kesehatan dan keperawatan yang bapak/ Ibu dapatkan selama ini
10. Pelayanan kesehatan/ keperawatan seperti apa yang diharapkan dan dibutuhkan bapak/ ibu ?

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama Lengkap : Endang Sri Purwanti Ningsih
Tempat/ tanggal lahir : Banjarbaru, 12 Agustus 1975
Jenis kelamin : Perempuan
Pekerjaan : PNS
Alamat rumah : Jl Ir P. M. Noor Perum Gadik Blok B No 3
Sei Ulin Banjarbaru Kal-Sel
Alamat instansi : Jl. Mr Cokrokusumo no 3A Banjarbaru

RIWAYAT PENDIDIKAN:

Tahun 2003 lulus Pendidikan Profesi Ners di PSIK Universitas Airlangga Surabaya
Tahun 2002 lulus S1 Keperawatan di PSIK Universitas Airlangga Surabaya
Tahun 1999 lulus Akta Mengajar III di IKIP Bandung
Tahun 1996 lulus DIII Keperawatan di PAM Keperawatan Dep.Kes Banjarbaru
Tahun 1993 lulus SMAN I di Banjarmasin
Tahun 1990 lulus SMP PGRI 9 Banjarmasin
Tahun 1987 lulus SDN Kebun Bunga 8 Banjarmasin

RIWAYAT PEKERJAAN:

Tahun 1998- sekarang Staf dosen POLTEKES Banjarmasin
Tahun 1996 -1998 staf perawat RSUD Ulin Banjarmasin

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

Pengalaman Psikososial Pasien Diabetes Mellitus Dengan Ulkus Kaki Grade II Dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta

No	Kegiatan	Bulan															
		September				Oktober				November				Desember			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pembuatan proposal Bab I - III																
2	Ujian proposal																
3	Pengumpulan Data																
4	Analisis dan Penafsiran Data																
5	Penulisan Laporan Hasil Penelitian																
6	Ujian Hasil																
7	Perbaikan Draft tesis																
8	Sidang Tesis																
9	Perbaikan Tesis																
10	Jilid Hard Cover																
11	Pengumpulan Tesis																

Depok, Oktober 2008

(Endang Sri P Ningsih)