

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Diabetes Mellitus (DM) merupakan penyakit tidak menular (PTM) yang menjadi masalah kesehatan masyarakat, baik secara global, regional, nasional maupun lokal. Salah satu jenis penyakit metabolik yang selalu mengalami peningkatan penderita setiap tahun di negara-negara seluruh dunia. Diabetes merupakan serangkaian gangguan metabolik menahun akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin, sehingga menyebabkan kekurangan insulin baik absolut maupun relatif, akibatnya terjadi peningkatan konsentrasi glukosa dalam darah (Kemenkes, 2016, h2). Glukosa dibentuk di hati dari makanan yang dikonsumsi dan secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah. Insulin merupakan suatu hormon yang diproduksi pankreas yang berfungsi mengendalikan kadar glukosa dalam darah dengan mengatur produksi dan penyimpanannya (*American Diabetes Association*, 2004 disitasi Smeltzer&Bare, 2008, h227). Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI, 2015, h12) seseorang didiagnosa menderita DM jika memiliki kadar glukosa darah sewaktu  $>200$  mg/dl dan kadar glukosa darah puasa  $>126$  mg/dl.

DM dibagi menjadi dua tipe yaitu DM tipe 1 dan DM tipe 2. DM tipe 1 disebabkan karena kurangnya insulin secara absolut akibat proses autoimun sedangkan DM tipe 2 merupakan kasus terbanyak (90-95% dari seluruh kasus diabetes) yang umumnya mempunyai latar belakang kelainan diawali dengan resistensi insulin (*American Council on Exercise*, 2001, h282). DM tipe 2 berlangsung lambat dan progresif, sehingga tidak terdeteksi karena gejala yang dialami pasien sering bersifat ringan seperti kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsi dan luka yang lama sembuh (Smeltzer and Bare, 2008, h236). Kemampuan tubuh untuk bereaksi dengan insulin dapat menurun pada pasien DM, keadaan ini dapat menimbulkan komplikasi baik akut (seperti diabetes ketoasidosis dan sindrom hiperosmolar nonketotik) maupun kronik. Komplikasi kronik biasanya terjadi dalam jangka waktu 5-10 tahun setelah diagnosa ditegakkan (Smeltzer&Bare, 2008, h240). Komplikasi kronik terjadi pada semua organ tubuh dengan penyebab kematian 50% akibat penyakit jantung koroner dan 30%

akibat penyakit gagal ginjal. Selain itu, sebanyak 30% penderita diabetes mengalami kebutaan akibat retinopati dan 10% menjalani amputasi tungkai kaki (Pompers, 2007, h62). Berbagai penelitian epidemiologi menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan angka insiden dan prevalensi DM di berbagai penjuru dunia.

*Internasional of Diabetic Ferderation* (IDF, 2015, h7) tingkat prevelansi global penderita DM pada tahun 2014 sebesar 383 juta kasus dari keseluruhan penduduk di dunia dan mengalami peningkatan pada tahun 2015 menjadi 387 juta kasus. Indonesia merupakan negara menempati urutan ke 7 dengan penderita DM sejumlah 8,5 juta penderita setelah Cina, India, dan Amerika Serikat, Brazil, Rusia, Mexico. Pratiwi (2014, h4) dan Chrisman (2010, h3) menambahkan bahwa kejadian 15% pada penderita diabetes menyebabkan ulkus kaki dan 12 – 24% penderita diabetes dengan ulkus pada kaki berakhir dengan amputasi. Prevalensi penderita ulkus diabetikum di Amerika Serikat sebesar 15-20%, risiko amputasi 15-46 kali lebih tinggi dibandingkan dengan penderita non DM. Penderita ulkus diabetikum di Amerika Serikat memerlukan biaya yang tinggi untuk perawatan yang diperkirakan antara Rp.100 juta sampai Rp.120 juta per tahun untuk seorang penderita (Waspadji, 2006; William C, 2008, h72).

Angka kejadian DM menurut data Riskesdes (2013) terjadi peningkatan dari 1,1% di tahun 2007 meningkat menjadi 2,1% di tahun 2013 dari keseluruhan penduduk sebanyak 250 juta jiwa. Peningkatan prevalensi data penderita DM di atas salah satunya yaitu Provinsi Jawa Tengah yang mencapai 152.075 kasus. Jumlah penderita DM tertinggi sebanyak 46.647 jiwa di Kota Semarang (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2015). Prevalensi penderita ulkus diabetikum di Indonesia sekitar 15%, angka amputasi 30%, angka mortalitas 32% dan ulkus diabetikum merupakan sebab perawatan rumah sakit yang terbanyak sebesar 80% untuk DM (Riyanto, 2007, h43). Luka adalah suatu gangguan dari kondisi normal pada kulit atau kerusakan kontinuitas kulit, mukosa membrane dan tulang atau organ tubuh lainnya.

Astute (2014, h3) memaparkan luka sering digambarkan berdasarkan bagaimana cara mendapatkan luka itu dan menunjukkan derajat luka. Luka merupakan terputusnya kontinuytas suatu jaringan oleh adanya cedera atau pembedahan. Penyembuhan luka merupakan suatu proses kompleks yang melibatkan interaksi yang

terus menerus antara sel dengan sel dan antara sel dengan matriks yang terangkum dalam tiga fase yang saling tumpah tindih. Proses tersebut melibatkan banyak factor yang mempengaruhi termasuk kondisi fisik dan psikologis seseorang. Proses penyembuhan luka ditemukan oleh jenisnya, yaitu akut atau kronik. Luka kronik terjadi karena kegagalan proses penyembuhan yang diharapkan. Kegagalan tersebut akibat adanya kondisi patologis yang mendasarinya. Oleh karena itu proses penyembuhan luka kronik membutuhkan waktu yang panjang dan tidak sempurna.

Purwanti (2013, h5) menyimpulkan strategi pengelolaan untuk merawat luka diabetes adalah dengan mencegah tekanan dan kaki jatuh kedepan. Penerapan kerangka kerja dalam perawatan luka diabetik dikenal dengan *TIME (tissue management, inflamasi, infection control, moisture balance, and ephitelial (edge) advancement)*. Selain itu selalu memonitor kadar gula darah pasien dan memperhatikan penyebab yang dapat menyebabkan trauma minor pada kaki yang tidak terlihat seperti pembentukan *kallus* akibat menggunakan alas kaki yang tidak sesuai (Holt, 2013; Purwanti, 2013, h6). Astuti (2014, h3) Hasil dari mekanisme penyembuhan luka ini tergantung jenis, perluasan dan kedalaman luka, serta tidak adanya komplikasi yang terjadi pada penderita seperti kondisi usia lanjut, penggunaan obat steroid dan penyakit diabetes melitus. Faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi penyembuhan luka antara lain kebersihan luka, adanya benda asing, kotoran atau jaringan nekrotik (jaringan mati) pada luka dapat menghambat penyembuhan luka. Infeksi pada luka akan membutuhkan waktu lebih lama untuk sembuh.

Astuti (2014, h3) memaparkan tubuh selain harus bekerja dalam menyembuhkan luka, juga harus bekerja dalam melawan infeksi yang ada, sehingga fase inflamasi akan berlangsung lebih lama. Infeksi tidak hanya menghambat penyembuhan luka tetapi dapat menambah ukuran luka (besar dan/atau dalamnya luka). Luka yang sembuh juga tidak sebaik jika luka tanpa infeksi. Selanjutnya usia, semakin lanjut usia, luka akan semakin lama sembuh karena respon sel dalam proses penyembuhan luka akan lebih lambat. Gangguan suplai nutrisi dan oksigen pada luka (misal akibat gangguan aliran darah atau kekurangan volume darah) dapat menghambat penyembuhan luka. Status gizi atau nutrisi buruk akan memperlambat penyembuhan

luka karena kekurangan vitamin, mineral, protein dan zat-zat lain yang diperlukan dalam proses penyembuhan luka. Serta merokok juga memperlambat proses penyembuhan luka. Suatu studi menunjukkan bahwa asap rokok memperlambat penyembuhan karena asap rokok akan merusak fibroblas yang penting dalam proses penyembuhan luka.

Astuti (2014, h3) menjelaskan tiga tahapan fase-fase penyembuhan luka, pertama fase inflamasi, pada fase ini penyempitan pertama dari pembuluh darah untuk memastikan pembentukan gumpalan. Setelahnya, prostaglandin dan histamin dalam darah akan mulai melebarkan pembuluh darah untuk meningkatkan aliran darah ke luka. Yang kedua yaitu fase polifetari, fase ini matriks darah baru dan sel-sel kulit mulai terbentuk. Proses ini dipengaruhi oleh asam laktat, asam askorbat dan faktor yang mempengaruhi oksigen seperti zat besi, tembaga. Yang ketiga fase pematangan, pada tahap ini, penutupan luka di kulit terjadi, kulit mulai melakukan renovasi meskipun kadang tidak tertutup secara sempurna.

Yulia (2013,h3) menjelaskan intervensi medis dan keperawatan dapat membantu proses dengan berusaha keras untuk merawat dan melindungi proses-proses biologis yang terjadi pada tingkat seluler. Luka diabetes melitus dapat menjadi alasan utama bagi penderita untuk dirawat di rumah sakit dalam waktu lama. Hal ini dikarenakan luka diabetes dikarakteristikan sebagai luka kronis yang memiliki waktu penyembuhan lama. Memanjangnya waktu penyembuhan luka diabetik disebabkan karena respon inflamasi yang memanjang. Luka diabetes melitus yang tidak sembuh menjadi faktor risiko infeksi dan penyebab utama dilakukannya tindakan amputasi serta kematian. Kurang lebih 40% pasien dengan luka diabetes harus berakhir dengan amputasi. Setelah dilakukan amputasi, maka sekitar 30% diantaranya akan melakukan amputasi kembali pada bagian tubuh lain.

Yulia (2013,h3) menjelaskan Bahkan lima tahun berikutnya, 2/3 dari penderita luka diabetes melitus yang melakukan amputasi akan meninggal dunia. Lamanya waktu penyembuhan luka menyebabkan bertambah lamanya perawatan di rumah sakit sehingga meningkatkan biaya rawat. Di Amerika biaya yang dikeluarkan untuk merawat luka diabetik mencapai \$8000, luka diabetik dengan infeksi \$17000 dan perawatan amputasi mencapai \$45000. Tingginya biaya yang harus dikeluarkan untuk

merawat luka diabetik dapat menjadi beban bagi penderita DM dan keluarganya. Hal ini menuntut untuk dilakukan penelitian-penelitian baru mengenai perawatan luka diabetik yang lebih efektif dan efisien dari segi ekonomi dan waktu.

Kurnia (2013,h4) memaparkan luka diabetes melitus merupakan faktor yang menyebabkan masalah biopsikososial spiritual dan ekonomi sampai kematian karena sepsis. Secara sosial, seorang penderita luka diabetik akan dikucilkan oleh orang lain karena pengaruh kotor dan bau yang di timbulkan. Biaya perawatan yang dibutuhkan relatif besar, karena terkait dengan hari rawat dan bahan habis pakai yang dibutuhkan. Seorang pasien dengan luka diabetes militus sangat memerlukan dukungan dari bergagai sektor manapun, baik keluarga maupun orang-orang yang terdekat dengan dia. Hal ini dikarenakan seseorang dengan luka diabetes melitus merasa tidak berarti lagi, dan merasa di kucilkan di tengah-tengah masyarakat di lingkungannya. Nyeri yang dirasakan penderita, terutama pada saat proses perawatan termasuk salah satu pemicu stress bagi dirinya. Pasien yang lagi dilakukan perawatan luka sangat merasa sakit serta gangguan psikologisnya bisa terganggu ditambahkan dengan biaya yang dikeluarkan untuk proses perawatan lukanya.

Kurnia (2013,h4) memaparkan ternyata faktor psikologis dapat menyebabkan proses penyembuhan kian lama. sebagai contoh: seorang yang mempunyai luka yang tidak terlalu besar namun mengalami proses penyembuhan yang lama, dan setelah dikaji lebih lanjut ternyata pasien tersebut mengalami gangguan secara psikologis dimana dia takut akan kematian, dan hal tersebutlah yang ternyata membuat proses penyembuhan luka menjadi lama. maka tak heran ketika orang tersebut memiliki waktu penyembuhan yang lebih lama di banding dengan yang lain. Sebuah tema utama dalam area penelitian bahwa nyeri yang ada pada diri seseorang dapat diartikan sebagai sebuah stresor pada dirinya. Dikatakan bahwa sangat memungkinkan pasien dengan luka akut dan kronik dapat membuat dirinya stres dikarenakan sakit atau nyeri dari lukanya, dan itu bisa kita ketahui dari sebelumnya bahwa stres dapat menghambat proses penyembuhan luka. Sekecil apapun itu disebabkan karna ada hubungan dari nyeri.

Decroli (2008, h3) menyimpulkan bahwa sebagian besar penderita ulkus kaki diabetes datang di ruang rawat inap bagian penyakit dalam RSUP. Dr. M. Djamil

Padang dengan kategori ulkus derajat 3 yaitu sebanyak 21 orang (55%), yaitu infeksi yang telah mengenai jaringan subkutis, otot dan dapat lebih dalam sampai ke tulang dengan tanda-tanda infeksi lokal yang jelas serta eritema dengan ukuran lebih dari 2 cm. Ulkus Diabetikum merupakan salah satu komplikasi yang menunjukkan bahwa ini merupakan penyakit kronis. Penyakit kronis dapat mempengaruhi konsep diri seseorang. Likewise, Flett, Harcourt dan Alpass (1994 disitasi Harkreader & Hogan, 2004, h94) menyatakan bahwa klien dengan ulcer kaki kronis atau gangren juga cenderung untuk memiliki gambaran diri rendah karena bermasalah dengan fungsi independent. Selama menderita penyakit kronis, klien tersebut beresiko terhadap gambaran diri rendah karena mereka merasa kehilangan control terhadap persepsi sehat. Ketika individu dengan penyakit kronis harus tergantung pada anggota 5 keluarga dan pengasuh (*caregiver*) yang lain, ketergantungan ini akan menyebabkan gambaran diri negatif (Harkreader & Hogan, 2004, h86).

Terjadinya ulkus diabetikum juga dapat menambah buruk kondisi psikososial pasien diabetes. Setyo (2015, h4) tentang pengalaman psikososial pasien dengan ulkus diabetikum menunjukkan masalah psikososial yang dialami oleh pasien diabetes yang mengalami komplikasi ulkus diabetikum meliputi merasa ketakutan, tidak berdaya, merasa menjadi beban keluarga, menyalahkan diri sendiri, merasa tidak sebebas atau seaktif seperti sebelum mengalami ulkus, serta merasa tidak percaya diri dalam bergaul. Ulkus diabetikum dapat menyebabkan kehidupan pasien lebih sulit dalam beraktifitas sehari - hari sehingga akan menimbulkan kesedihan yang berkepanjangan karena proses penyembuhan dan pengobatan yang cukup lama membuat timbulnya perasaan negatif pada pasien ulkus diabetikum seperti perasaan pasrah dan putus asa. Hal tersebut jelas mengganggu gambaran diri pasien ulkus diabetikum (Firman, 2012, h3).

Salome (2011, h5) tentang gambaran diri pada pasien DM dan luka kaki bahwa pasien ulkus diabetikum tanpaknya memiliki dampak negatif pada diri. Penelitian ini diperkuat juga oleh Sofiana (2012, h3) tentang hubungan antara depresi dengan konsep diri pada penderita DM tipe 2 bahwa sebagian besar pasien mengalami depresi yaitu berjumlah 20 orang (66,7%) karena komplikasi yang terjadi pada diri pasien salah satunya yaitu ulkus diabetikum atau luka pada kaki. Gambaran diri merupakan

hasil penilaian individu terhadap dirinya sendiri. Penilaian ini menyatakan suatu sikap yang berupa penerimaan atau penolakan dan menunjukkan seberapa besar individu itu percaya bahwa dirinya mampu, berarti, berhasil, dan berharga (Coopersmith, 1967 disitasi Lubis & Hasnida, 2009, h32). Individu yang menilai dirinya positif cenderung bahagia, sehat, dan dapat menyesuaikan diri. Sebaliknya orang yang menilainya negatif cenderung tidak sehat, cemas, tertekan dan pesimis tentang masa depannya dan mudah untuk gagal. Individu yang gambaran dirinya negatif memiliki suatu sikap penolakan akan dirinya dan menyalahkan diri sendiri (Potter & Perry, 2009, 236).

Gangguan gambaran diri merupakan perubahan persepsi tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran bentuk, struktur fungsi, keterbatasan, makna, dan objek yang sering kontak dengan tubuh. Gangguan tersebut diakibatkan kegagalan dalam penerimaan diri akibat adanya persepsi yang negatif terhadap tubuhnya secara fisik. Persepsi tubuh secara fisik berkaitan dengan bagaimana mempersepsikan diri kita secara fisik. Pasien dengan gangguan gambaran diri mempersepsikan saat ini dia mengalami sesuatu kekurangan dalam menjaga integritas tubuhnya dimana dia merasa ada yang kurang dalam struktur tubuhnya. Persepsi yang negatif akan struktur tubuhnya ini menjadikan dia malu berhubungan dengan orang lain (Keliat, 1994 disitasi Muhith, 2015, h98).

Pasien ulkus diabetikum memandang negatif tentang keadaan luka yang ada ditubuhnya. Apalagi jika disertai dengan tindakan amputasi sehingga ada sebagian anggota tubuh yang akan hilang dan membuat perubahan besar dalam hidupnya yang menyebabkan pandangan hidupnya juga akan berubah. Tidak hanya itu tingkat kemandirian penderita ulkus diabetikum juga mengalami perubahan sehingga penderita harus menerima bantuan dari orang lain dan melakukan aktifitas mandiri yang terkadang harus dibantu oleh orang lain. Hal ini menyebabkan gambaran diri dari penderita juga negatif (Firman, 2012, h4). Perubahan pasien dalam memandang dirinya secara negatif, misalnya pasien merasa putus asa dan tidak dapat menerima keadaannya akan mempengaruhi konsep diri pasien. Pasien merasa stress dan terganggu yang akhirnya dapat memperberat keadaan sakitnya. Rasa tidak berdaya sering terjadi pada individu dengan penyakit kronis. Ketidak berdayaan merupakan suatu persepsi bahwa tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hasil (Setyo, 2015, h6).

Konsep diri adalah persepsi individu tentang sifat dan potensi yang dimilikinya, interaksi individu dengan orang lain maupun lingkungannya, nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan objek serta tujuan, harapan, dan keinginannya. Menurut pembagiannya, konsep diri dibagi menjadi lima komponen, yaitu gambaran diri (*body image*), ideal diri (*self ideal*), harga diri (*self esteem*), peran diri (*self role*), identitas diri (*self identity*). Gambaran diri adalah sikap individu terhadap tubuhnya, baik secara sadar maupun tidak sadar, meliputi: *performance*, potensi tubuh, serta persepsi dan perasaan tentang ukuran dan bentuk tubuh. Gambaran diri seseorang sangat menentukan hubungan seseorang itu dalam kehidupan sosial atau interaksi sosial. Komplikasi fisik pada penderita ulkus diabetik mempengaruhi persepsi individu yang cenderung kurang percaya diri. Persepsi individu negatif tersebut merupakan sikap penderita terhadap gambaran dirinya yang dirasa kurang menyenangkan.

## **B. Rumusan Masalah**

Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti di Rumah Sakit Islam Klaten (RSI Klaten) pada bulan Februari 2017 dengan cara interview kepada petugas kesehatan RSI Klaten adalah terjadi peningkatan pada angka kejadian DM di RSI Klaten. Berdasarkan data rekam medis RSI Klaten tercatat angka kejadian DM pada tahun 2015 berada di peringkat ke 3 untuk yang menjalani rawat inap yaitu 1.128 orang, dengan komplikasi ulkus diabetikum sebesar 121 orang. Sedangkan yang menjalani rawat jalan angka kejadian DM berada di peringkat pertama sebesar 10.026 orang, dengan komplikasi ulkus diabetikum sebesar 324 orang. Pada tahun 2016 angka kejadian DM yang menjalani rawat inap mengalami peningkatan dengan berada di urutan ke 2 sebesar 1.280, dengan komplikasi ulkus diabetikum sebesar 132 orang. Sedangkan angka kejadian DM yang menjalani rawat jalan di tahun 2016 sebesar 11.183 orang, dengan komplikasi ulkus diabetikum sebesar 358 orang. Pada tahun 2017 di bulan Januari dan Februari yang menjalani rawat inap tercatat 190 orang, dengan komplikasi ulkus diabetikum sebesar 51 orang. Sedangkan yang menjalani rawat inap tercatat 2.668 orang, dengan komplikasi ulkus diabetikum sebesar 131 orang. Rata – rata pada penderita DM yang menjalani rawat inap biasanya dirawat 4 – 7 hari, 82% pada penderita DM menggunakan asuransi BPJS. Berdasarkan fenomena

yang ada di RSI Klaten, maka perumusan masalah pada peneliti ini adalah “Apakah Ada Hubungan Karakteristik Luka Dengan Gambaran Diri Pada Penderita Ulkus Diabetikum di Rumah Sakit Islam Klaten 2017”

### **C. Tujuan**

#### 1. Tujuan Umum :

Mengetahui hubungan karakteristik luka dengan gambaran diri pada penderita ulkus diabetikum di Rumah Sakit Islam Klaten.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden yang meliputi umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, penghasilan penderita ulkus diabetikum di Rumah Sakit Islam Klaten.
- b. Mendeskripsikan karakteristik luka pasien dengan ulkus diabetikum di Rumah Sakit Islam Klaten.
- c. Mendeskripsikan gambaran diri pasien dengan ulkus diabetikum di Rumah Sakit Islam Klaten.
- d. Menganalisa hubungan karakteristik luka dengan gambaran diri pada penderita ulkus diabetikum di Rumah Sakit Islam Klaten.

### **D. Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini di harapkan dapat bermanfaat :

#### 1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian diharapkan dapat mengetahui sejauh mana karakteristik luka terhadap gambaran diri pada penderita ulkus diabetikum, untuk digunakan sebagai acuan atau pembanding bagi penelitian selanjutnya.

#### 2. Bagi Perawat

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan masukan bagi perawat dalam meningkatkan pelayanan dengan memberikan penekanan pelayanan pada penderita ulkus diabetikum yang mengalami gambaran diri.

### 3. Bagi Pasien

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan wawasan dan menambah informasi kepada pasien ulkus diabetikum tentang karakteristik luka dengan gambaran diri.

### 4. Bagi Peneliti

Diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan pembandingan dengan peneliti yang berhubungan dengan karakteristik luka dan gambaran diri pada pasien ulkus diabetikum.

## E. Keaslian

1. Umar (2017) meneliti tentang “Hubungan Stres Dengan Gambaran Diri Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II Di Rumah Sakit Pancaran Kasih Gmim Manado 2016”. Penelitian ini menggunakan deskriptif analitik dengan pendekatan *Cross Sectional*. Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. Sample yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 75 responden, dengan uji *chi square*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang menyandang diabetes mellitus tipe II yaitu responden yang berumur >45 tahun dengan jumlah 65 responden (86,7%) dan umur <45 tahun dengan jumlah 10 responden (13,3%). Gambaran diri diabetes mellitus tipe II yaitu responden gambaran diri negatif sebanyak <58 responden (77,3%) dan gambaran diri positif >17 responden (22,7%). Dapat disimpulkan terdapat hubungan stress dengan gambaran diri ( $p=0,000$ ).

Perbedaan pada penelitian ini dengan penelitian yang akan dilakukan terletak pada variabel bebasnya yaitu stress, teknik penelitian yaitu *purposive sampling*, tempat penelitian, tahun penelitian.

2. Fahmi (2015) meneliti tentang “Profil Pasien Ulkus Diabetik Di Rumah Sakit Umum Daerah Cengkaren 2014 - 2015”. Penelitian ini menggunakan deskriptif potong lintang dengan desain *Cross Sectional*. Teknik penelitian ini menggunakan *consecutive sampling*. Sample yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 59 responden. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 59 pasien yang terdiagnosis ulkus, 59 pasien memiliki luka (100%), 38 pasien

(64,4%) disertai pus, 40 pasien (67,8%) disertai nyeri lokasi ulkus, 8 pasien (13,6%) disertai jaringan nekrotik. 15 pasien (25,4%) memiliki luka yang rembes atau basah, 11 pasien (11,9%) disertai dengan darah, 23 pasien (39%) memiliki luka yang berbau, 7 pasien (11,9%) disertai abses, 3 pasien (5,1%) disertai dengan bula dan sebanyak 12 pasien (20,3%) disertai dengan gambaran eriteme disekitar luka.

Perbedaan pada penelitian ini dengan penelitian yang akan dilakukan terletak pada desain penelitian yaitu menggunakan *Deskriptif potong lintang*, tempat penelitian, tahun penelitian.

3. Damayanti (2012) meneliti tentang “Hubungan Antara Gambaran Diri Dengan Interaksi Sosial pada Pasien Ulkus Diabetik Di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul”. Penelitian ini menggunakan *Deskriptif korelasi* dengan rancangan *cross sectional*. Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan *teknik non probability sampling* jenis *total sampling*. Sampel yang digunakan adalah sebanyak 31 responden. Analisis data untuk menguji hubungan antara gambaran diri dengan interaksi social dilakukan dengan menggunakan *kendall tau*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden mengalami gangguan interaksi social pada tingkat cukup yaitu sebanyak 26 responden (84%). Melihat dari hasil gambaran diri hal ini menunjukkan bahwa semakin rendah gambaran diri seseorang maka semakin rendah juga interaksi sosialnya. Nilai  $\rho$  sebesar 0.014 lebih kecil dari tariff signifikan ( $\rho < 0.05$ ). hal tersebut menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara gambaran diri dengan interaksi social pada pasien ulkus diabetic di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul.

Perbedaan pada penelitian ini dengan penelitian yang akan dilakukan terletak pada variabel penelitian terikatnya yaitu interaksi sosial, teknik sampling yaitu *total sampling*, tempat penelitian, tahun penelitian.