

**SKRIPSI**

**STUDI KOMPARATIF STRES PSIKOSOSIAL PADA PENDERITA**

**DIABETES MELLITUS TANPA LUKA DAN DENGAN LUKA**

**DI KOTA MAKASSAR**

*Skripsi ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)*



**OLEH :**

**AYU LESTARI AMAN SYARIF L**

**C12114309**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**2018**

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Studi Komparatif Stres Psikososial pada Penderita Diabetes Mellitus Tanpa Luka dan Dengan Luka di Kota Makassar” yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan perkuliahan di Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin dan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih terdapat banyak kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu, penulis masih sangat membutuhkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca sebagai bahan masukan lagi kepada penulis.

Penyusunan skripsi ini tentunya tidak lepas dari kontribusi berbagai pihak. Oleh karena itu, perkenankanlah penulis menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA., selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang senantiasa selalu mengusahakan dalam membangun serta memberikan fasilitas terbaik di Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si sebagai Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Syahrul Said, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D selaku pembimbing satu penulis dan Silvia Malasari, S.Kep.,Ns.,MN selaku pembimbing dua penulis yang telah banyak meluangkan waktunya untuk memberikan nasehat, arahan, petunjuk, dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini.

4. Masyita Irwan, S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D dan Akbar Harisa, S.Kep.,Ns.,PMNC,MN selaku penguji satu dan penguji dua penulis yang senantiasa memberikan masukan dan saran demi hasil skripsi yang lebih baik.
5. Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHS.,ETN dan Ibu Istiana yang telah membantu menerjemahkan kuisisioner *Diabetes Distress Scale* sehingga kuisisioner dapat dipahami dengan baik dalam versi bahasa Indonesia.
6. Kedua orang tua tercinta penulis, Aman Syarif L dan Sukma yang menjadi motivasi terbesar bagi penulis dan selalu memberikan doa dan dukungan baik moril dan materil kepada penulis, serta kakak Suzanti, Sri Hastuti dan Astriani yang banyak memberikan dukungan bagi penulis.
7. Saudara dan saudari penulis, Sulistianto, Susan Sugiarti, Haspiani Muhammad, dan Iga Selfiamawati yang telah banyak memberikan dukungan dan semangat yang luar biasa bagi penulis.
8. Sahabat penulis, Isra Yani Ningsih dan Andi Umi Hani Sahrah yang memberikan banyak bantuan dan dukungan bagi penulis.
9. Teman-teman Cran14L (Ners A 2014) atas kebersamaannya dalam penyusunan skripsi ini.
10. Staf / Doses PSIK yang telah banyak membantu dalam bidang akademik penulis dan saat pengerjaan skripsi ini.

Makassar, 19 Januari 2018

Penulis

## ABSTRACT

Ayu Lestari Aman Syarif L, C12114309. **COMPARATIVE STUDY OF PSYCHOSOCIAL STRESS IN DIABETES MELLITUS PATIENTS WITHOUT WOUND AND WITH WOUND IN MAKASSAR CITY**, guided by Syahrul Said and Silvia Malasari.

**Background:** The International Diabetes Federation (IDF) reveals that morbidity and mortality caused by DM are ranked 12th which is predicted to increase to 7th in the world in 2030. DM sufferers will also experience some complications including injury or gangrene. Wounds that are suffered by DM sufferers are the reason for the emergence of stress due to changes in lifestyle experienced by sufferers, thus creating problems in the form of psychosocial stress. So that the complications caused require special care for people with DM to minimize the possibility of stress.

**Objective:** To see a comparison of psychosocial stress in people without diabetes mellitus or wounds in Makassar City.

**Method:** this study uses a quantitative descriptive approach. Data collection by interview using the Diabetes Distress Scale (DDS) questionnaire. The sample consisted of 81 people, 41 patients without injuries and 40 patients with injuries.

**Results:** The DM patients with wounds showed that of the 40 respondents, there were the most respondents with moderate stress levels, namely 21 people with a percentage of 52.5%, whereas from the group without DM, there were the most respondents with normal stress levels, namely 33 respondents with a percentage 40.7%. The probability value obtained is  $p = 0.000$ , which means that there is a comparison of psychosocial stress in DM patients with injury and without injury, where patients with DM with wounds with an average value of 1.7250 tend to have a higher stress level than patients with no injury with an average value 1.1951. Whereas when viewed from the 4 subscale statements, it was concluded that the subscale is the most serious problem for people with diabetes without injury or injury, namely emotional burden and the mild problem, namely interpersonal distress.

**Conclusion:** There is a comparison of the level of psychosocial stress in people with DM without wounds or with wounds in Makassar City.

**Suggestion:** the researcher submits suggestions that further research can be done with a larger sample to represent the entire population

**Keywords:** Diabetes Mellitus; With wounds; Unharmful; Psychosocial Stress

**Literature Source:** 126 Literature (1997-2016)

## ABSTRAK

Ayu Lestari Aman Syarif L, C12114309. **STUDI KOMPARATIF STRES PSIKOSOSIAL PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS TANPA LUKA DAN DENGAN LUKA DI KOTA MAKASSAR**, yang dibimbing oleh Syahrul Said dan Silvia Malasari.

**Latar Belakang :** *International Diabetes Federation (IDF)* mengungkapkan bahwa angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh DM berada pada peringkat ke-12 yang diprediksi akan mengalami peningkatan menjadi peringkat ke-7 di dunia pada tahun 2030. Penderita DM juga biasanya akan mengalami beberapa komplikasi termasuk luka atau gangrene. Luka yang dimiliki oleh penderita DM menjadi alasan munculnya stres karena adanya perubahan pola hidup yang dialami oleh penderita, sehingga memunculkan permasalahan berupa stres psikososial. Sehingga komplikasi yang ditimbulkan memerlukan perawatan khusus bagi penderita DM untuk meminimalisir kemungkinan terjadinya stres.

**Tujuan :** Untuk melihat gambaran perbandingan stres psikososial pada penderita diabetes mellitus tanpa luka maupun dengan luka di Kota Makassar.

**Metode :** penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif. Pengumpulan data dengan wawancara menggunakan kuisioner *Diabetes Distress Scale (DDS)*. Sampel berjumlah 81 orang, pasien tanpa luka 41 orang dan pasien dengan luka 40 orang.

**Hasil :** Kelompok penderita DM dengan luka menunjukkan bahwa dari 40 responden, tercatat paling banyak responden dengan tingkat stress sedang yaitu sebanyak 21 orang dengan persentase 52.5% sedangkan dari kelompok penderita DM tanpa luka tercatat paling banyak responden dengan tingkat stress normal yakni sebanyak 33 responden dengan persentase 40.7%. Nilai probability yang didapatkan yaitu  $p = 0.000$  yang artinya terdapat perbandingan stres psikososial pada penderita DM dengan luka dan tanpa luka, dimana penderita DM dengan luka dengan nilai rata-rata 1.7250 cenderung memiliki tingkat stress lebih tinggi dibandingkan penderita DM tanpa luka dengan nilai rata-rata 1.1951. Sedangkan jika dilihat dari 4 subskala pernyataan didapatkan kesimpulan bahwa subskala yang menjadi masalah paling serius bagi penderita DM tanpa luka maupun dengan luka yaitu beban emosional dan yang menjadi masalah ringan yaitu distress interpersonal.

**Kesimpulan :** Terdapat perbandingan tingkat stress psikososial pada penderita DM tanpa luka maupun dengan luka di Kota Makassar.

**Saran :** peneliti mengajukan saran yaitu penelitian selanjutnya dapat dilakukan dengan sampel yang lebih besar agar mewakili seluruh populasi yang ada

**Kata Kunci :** Diabetes Mellitus; Dengan Luka; Tanpa Luka; Stres Psikososial

**Sumber Literatur :** 126 Kepustakaan (1997-2016)

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
ABSTRACT .....	iii
ABSTRAK.....	iv
DAFTAR ISI .....	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penelitian.....	3
D. Manfaat Penelitian.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	5
A. Tinjauan tentang DM.....	5
1. Definisi.....	5
2. Patofisiologi.....	6
3. Klasifikasi dan Etiologi.....	6
4. Manifestasi klinis.....	7
5. Dampak penyakit DM.....	8
B. Tinjauan tentang Stres Psikososial .....	9
1. Definisi.....	9
2. Etiologi.....	10
3. Klasifikasi stress .....	11
4. Tanda dan gejala berdasarkan tahapan stress .....	11
5. Respon fisiologis stress.....	13
C. Stres psikososial pada penderita DM.....	15
D. Faktor – faktor yang mempengaruhi stress pada penderita DM.....	15
E. Skala masalah stress yang dialami oleh penderita DM .....	16
BAB III KERANGKA KONSEP .....	18
Kerangka Konsep Penelitian.....	18
BAB IV METODE PENELITIAN.....	19
A. Rancangan Penelitian .....	19

C. Populasi dan Sampel.....	20
D. Alur Penelitian.....	23
E. Variabel Penelitian .....	24
F. Instrumen Penelitian.....	25
G. Pengolahan data dan analisa data .....	26
H. Etika Penelitian.....	27
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	29
A. Hasil Penelitian.....	29
1. Karakteristik Responden.....	30
2. Gambaran stres psikososial pada penderita DM dengan luka dan tanpa luka ..	34
3. Perbandingan stres psikososial pada penderita DM dengan luka dan tanpa luka	35
B. Pembahasan .....	39
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	47
A. Kesimpulan.....	47
DAFTAR PUSTAKA.....	49
LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Distribusi Responden menurut Karakteristik Pasien DM.....	30
Tabel 2. Distribusi Responden menurut Karakteristik tentang Penyakit DM responden.....	32
Tabel 3. Distribusi Tingkat Stres pada Penderita DM dengan luka.....	34
Tabel 4. Perhitungan Uji Beda Stres Psikososial Penderita DM dengan luka dan tanpa luka..	35
Tabel 5. Distribusi Jawaban responden beban emosional.....	36
Tabel 6. Distribusi Jawaban responden keterkaitan dengan tenaga kesehatan.....	37
Tabel 7. Distribusi Jawaban responden kesulitan perawatan diri.....	38
Tabel 8. Distribusi Jawaban responden distress interpersonal.....	38

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian.....	18
Gambar 2. Alur Penelitian.....	23

## **LAMPIRAN-LAMPIRAN**

Lampiran 1 Lembar Persetujuan Responden

Lampiran 2 Instrumen Penelitian

Lampiran 3 Form Pengkajian Skala Wagner

Lampiran 4 Master Tabel Hasil Analisa Data SPSS

Lampiran 5 Surat - Surat

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Penyakit Diabetes Mellitus (DM) merupakan penyakit yang mengalami peningkatan setiap tahunnya. Menurut *International Diabetes Federation* (IDF, 2015) tingkat prevalensi penderita DM pada tahun 2014 sebesar 8,3% dari keseluruhan penduduk di dunia dan mengalami peningkatan pada tahun 2014 menjadi 387 juta kasus. Angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh DM berada pada peringkat ke-12 yang diprediksi akan mengalami peningkatan menjadi peringkat ke-7 di dunia pada tahun 2030.

Indonesia sendiri menempati urutan ke-7 dengan penderita DM sejumlah 8,5 juta penderita setelah Cina, India, Amerika Serikat, Brazil, Rusia, dan Mexico dengan rentang batas usia terbanyak 29 – 72 tahun. Prevalensi kejadian penyakit DM di Indonesia menurut Hasil Riset Kesehatan terjadi peningkatan dari 1,1% pada tahun 2007 meningkat menjadi 2,1% pada tahun 2013 dari keseluruhan penduduk sebanyak 250 juta jiwa. Data terbaru pada tahun 2015 yang ditunjukkan oleh Perkumpulan Endokrin Indonesia (PERKENI, 2011) menyatakan bahwa jumlah penderita DM di Indonesia telah mencapai 9,1 juta orang.

Kota Makassar terdiri dari 14 kecamatan . Berdasarkan jumlah kasus DM per kecamatan pada tahun 2012, di dapatkan dua kecamatan yang memiliki angka kejadian DM tertinggi, yaitu kecamatan Makassar dengan 1076 kasus dan

kecamatan Tamalate dengan 910 kasus. Selain itu, jumlah penderita DM di Kota Makassar yang memeriksakan diri ke puskesmas tahun 2011 adalah 10.927 orang dan naik di tahun 2012 mencapai 14.067 orang. Jadi dapat dilihat bahwa setiap tahun angka kejadian DM di Kota Makassar ini semakin meningkat. (Dinkes Kota Makassar, 2012)

Dari beberapa data diatas yang menunjukkan prevalensi penyakit Diabetes Mellitus (DM) sangat tinggi dan terus meningkat setiap tahunnya, selain itu menjadi masalah yang sangat serius, dan penderita DM juga memiliki resiko tinggi mengalami komplikasi. Penderita DM biasanya akan mengalami beberapa komplikasi termasuk gangguan pada mata (retinopati), gangguan pada ginjal (nefropati), gangguan pada pembuluh darah (vaskulopati), dan kelainan pada kaki yang diakibatkan karna adanya luka atau ganggren. Luka yang dimiliki oleh penderita DM menjadi alasan munculnya stres karena adanya perubahan pola hidup yang dialami oleh penderita ,sehingga memunculkan permasalahan berupa stres psikososial seperti beban emosional yang dialami, kesulitan perawatan diri, keterkaitan dengan tenaga kesehatan, dan interpersonal distress. Oleh karena itu komplikasi yang ditimbulkan memerlukan perawatan khusus bagi penderita DM untuk meminimalisir kemungkinan terjadinya stres. (Soebroto, 2009)

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah kerja puskesmas Sukoharjo I tahun 2010 bahwa sebagian besar penderita DM dengan luka memiliki tingkat stress dalam kategori berat yaitu sebanyak 25 responden (52%), selanjutnya sedang sebanyak 20 responden (42%) dan ringan sebanyak 3 responden (6%) (Septian & Okti, 2010). Sebuah penelitian yang dilakukan oleh (Falco G, 2015) mengemukakan bahwa kemampuan untuk mengatasi masalah stress pada penderita DM dapat

mempengaruhi pengelolaan terapi dan kontrol glikemik. Pasien dengan DM memerlukan perawatan global dari multidisiplin tim yang ada untuk mendengarkan pengalaman dan emosi mereka, dengan tujuan membantu mereka untuk menerima dan mengelola penyakitnya dengan baik.

Sebelumnya sudah banyak penelitian yang membahas tentang masalah psikososial pada penderita DM secara umum, namun data yang menunjukkan masalah psikososial pada penderita DM yang khusus membahas perbedaan spesifik stress psikososial yang dirasakan oleh penderita DM dengan luka dan tanpa luka masih sangat terbatas. Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui stres psikososial pada penderita DM yang mempunyai luka dan tanpa luka.

## **B. Rumusan Masalah**

Stres psikososial yang dialami oleh penderita DM sangat berdampak kepada terapi dan penyembuhannya, sehingga sangat penting diketahui apa saja stress psikososial yang dialami oleh penderita DM dan dapat melihat gambaran perbandingan stress yang dialami oleh penderita DM tanpa luka dan dengan luka. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana gambaran perbandingan stress psikososial pada penderita DM tanpa luka dan dengan luka?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Dibandingkan gambaran stress psikososial pada penderita DM.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Diketahui gambaran stress psikososial pada penderita DM dengan luka.
- b. Diketahui gambaran stress psikososial pada penderita DM tanpa luka.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi pendidikan keperawatan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber referensi dan bahan bacaan bagi mahasiswa keperawatan untuk meningkatkan pengembangan ilmu pengetahuan mengenai stres psikososial yang dialami oleh penderita DM dan dapat digunakan sebagai materi pokok dalam membuat asuhan keperawatan penderita DM pada mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah.

2. Bagi instansi terkait

Diharapkan dapat dijadikan sebagai acuan bagi instansi terkait (rumah sakit) khususnya kepada praktisi keperawatan tentang bagaimana memberikan pelayanan yang tepat kepada penderita DM dengan dan tanpa luka dan dapat membedakan asuhan keperawatan yang cocok untuk penderita DM yang memiliki luka dan yang tidak memiliki luka.

3. Bagi peneliti

Diharapkan peneliti dapat menjadikan penelitian ini sebagai pengalaman dalam rangka menambah wawasan dan dapat menjadi informasi bagi peneliti selanjutnya dan menemukan solusi untuk mengatasi permasalahan stress psikososial pada penderita DM yang memiliki luka dan tanpa luka.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan tentang DM**

##### **1. Definisi**

DM merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kinerja insulin atau kedua-duanya (ADA, 2010).

DM adalah penyakit gangguan metabolisme yang bersifat kronis dengan karakteristik hiperglikemia. Berbagai komplikasi dapat timbul akibat kadar gula darah yang tidak terkontrol, misalnya neuropati, hipertensi, jantung koroner, retinopati, nefropati, dan gangren. DM tidak dapat disembuhkan tetapi kadar gula darah dapat dikendalikan melalui diet, olah raga, dan obat-obatan. Untuk dapat mencegah terjadinya komplikasi kronis, diperlukan pengendalian DM yang baik (PERKENI, 2011).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa DM adalah suatu penyakit yang ditandai oleh kenaikan glukosa (hiperglikemi) dalam darah yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak yang disebabkan karena ketidakseimbangan absolut insulin atau penurunan relative insintivitas sel terhadap insulin atau kedua-duanya.

## 2. Patofisiologi

Insulin yang dihasilkan oleh sel beta pankreas dapat diibaratkan sebagai anak kunci yang dapat membuka pintu masuknya glukosa ke dalam sel. Dengan bantuan transporter glukosa yang ada pada membran sel maka insulin dapat menghantarkan glukosa masuk ke dalam sel. Kemudian di dalam sel tersebut glukosa di metabolisasikan menjadi ATP atau tenaga. Jika insulin tidak ada atau berjumlah sedikit, maka glukosa tidak akan masuk ke dalam sel dan akan terus berada di aliran darah yang akan mengakibatkan keadaan hiperglikemia (Sugondo, 2009).

Pankreas adalah kelenjar penghasil insulin yang terletak di belakang lambung. Di dalamnya terdapat kumpulan sel yang berbentuk seperti pulau dalam peta, sehingga disebut dengan pulau-pulau Langerhans pankreas. Pulau-pulau ini berisi sel alpha yang menghasilkan hormon glukagon dan sel beta yang menghasilkan hormon insulin. Kedua hormon ini bekerja secara berlawanan, glukagon meningkatkan glukosa darah sedangkan insulin bekerja menurunkan kadar glukosa darah (Schteingart, 2006)

## 3. Klasifikasi dan Etiologi

Menurut (ADA, 2010) DM diklasifikasikan menjadi 4 golongan klinis, yakni:

- a. DM tipe 1, disebabkan oleh adanya destruksi sel  $\beta$ , umumnya karena defisiensi insulin absolut.
- b. DM tipe 2, disebabkan oleh adanya sekresi insulin yang progresif sampai adanya resistensi insulin.

- c. DM tipe lain, disebabkan oleh beberapa hal seperti defek genetik fungsi sel  $\beta$ , 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 (diagnosa selama kehamilan).

#### 4. Manifestasi klinis

Dalam buku (Tarwoto, 2012) menyebutkan tanda dan gejala yang sering terjadi pada penderita DM adalah :

- a. Polidipsi ( banyak minum)

Polidipsi menyebabkan tubuh kekurangan cairan (dehidrasi), hal ini akan merangsang haus terus menerus dan untuk mengatasinya penderita akan banyak minum.

- b. Poliuria (banyak kencing)

Dengan adanya hiperglikemia menyebabkan sebagian glukosa dikeluarkan oleh ginjal bersama urin karena keterbatasan kemampuan filtrasi ginjal dan kemampuan reabsorpsi dari tubulus ginjal. Untuk mempermudah pengeluaran glukosa maka diperlukan banyak air, sehingga frekuensi miksi menjadi meningkat.

- c. Polifagia (peningkatan rasa lapar)

Meningkatnya katabolisme, pemecahan glikogen untuk energi menyebabkan cadangan energi berkurang, keadaan ini menstimulasi pusat lapar sehingga penderita merasa lapar, dan upaya yang dilakukan oleh penderita untuk mengatasi lapar dan memenuhi kebutuhan sel adalah dengan cara penderita banyak makan.

d. Penurunan berat badan, lemas, lekas lelah dan kurang tenaga

Penderita DM mengalami penurunan berat badan yang relatif singkat disertai keluhan lemas. Hal ini disebabkan karena glukosa darah tidak dapat masuk ke dalam sel sehingga sel mengalami kekurangan bahan bakar untuk menghasilkan energi. Mekanisme yang terjadi untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya maka sumber energi akan diambil dari cadangan lain yaitu lemak dan protein (gluconeogenesis) sehingga penderita mengalami kehilangan cadangan lemak dan protein yang menyebabkan terjadinya penurunan berat badan. Akibat produksi energi yang berkurang menyebabkan penderita mengalami keluhan lelah.

e. Kelainan pada mata, penglihatan kabur

Pada kondisi kronis, keadaan hiperglikemia menyebabkan aliran darah menjadi lambat, sirkulasi ke vaskuler tidak lancar, termasuk pada mata yang dapat merusak retina serta kekeruhan pada lensa. Hal ini disebabkan oleh gangguan lintas polibi (glukosa – sorbitol – fruktosa) yang disebabkan karena insufisiensi insulin. Akibat terdapat penimbunan sorbitol pada lensa mata akan menyebabkan pembentukan katarak sehingga menimbulkan gangguan penglihatan atau virus menurun.

5. Dampak penyakit DM

DM memiliki dampak pada kehidupan penderita, teman keluarga dan hubungannya dengan orang lain. Reaksi terhadap diagnosis DM unik pada beberapa individu, diantaranya adalah marah, rasa bersalah, tidak berdaya, bingung, dan denial. Banyak faktor yang mempengaruhi bagaimana penderita 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)

Faktor emosi atau stressor sangat mempengaruhi status kesehatan seseorang. Perjalanan penyakit seperti halnya DM juga dipengaruhi oleh stressor psikososial. (Sudoyo A, 2006)

## **B. Tinjauan tentang Stres Psikososial**

### **1. Definisi**

Stres dapat terjadi pada penderita DM. Stres ini merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami ketegangan karena adanya kondisi – kondisi yang mempengaruhi dirinya. Stress juga merupakan respon yang datang dari diri seseorang terhadap tantangan fisik maupun mental yang datang dari dalam ataupun dari luar dirinya. Oleh karena itu, selama kehidupan berlangsung tidak mungkin manusia terhindar dari stress (Nasrudin, 2010).

Psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu, baik yang bersifat psikologik maupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik (Depkes, 2000).

Stres psikososial merupakan keadaan internal tubuh seseorang yang diakibatkan oleh perubahan dalam kehidupan baik yang bersifat psikologik maupun sosial sehingga orang tersebut terpaksa mengadakan adaptasi atau penyesuaian diri untuk menanggulangnya (Hawari, 2001).

## 2. Etiologi

Ada banyak sumber stress dan penyebabnya yang sangat luas dapat diklasifikasikan sebagai sumber stressor internal dan eksternal, atau stressor perkembangan atau situasional, yaitu :

### a. Stressor internal

Sumber stress dalam diri sendiri pada umumnya dikarenakan konflik yang terjadi antara keinginan dan kenyataan berbeda, dalam hal ini adalah berbagai permasalahan terjadi yang tidak sesuai dengan dirinya dan tidak mampu diatasi, maka dapat menimbulkan stress. Misalnya, demam, kondisi seperti kehamilan, menopause, atau suatu keadaan emosi seperti; rasa bersalah dan keadaan stres (Kozier, Berman, & Snyder, 2010).

### b. Stressor eksternal

Stress ini bersumber dari luar diri seseorang, misalnya perubahan dalam peran keluarga atau sosial, tekanan dari pasangan, dan kematian anggota keluarga. Permasalahan ini akan selalu menimbulkan suatu keadaan yang dinamakan stress (Kozier, Berman, & Snyder, 2010).

### c. Stressor situasional

Sumber stress ini dapat terjadi dilingkungan atau masyarakat pada umumnya, seperti lingkungan pekerjaan, dikarenakan kurangnya hubungan interpersonal serta kurang adanya pengakuan di masyarakat sehingga tidak dapat berkembang (Kozier, Berman, & Snyder, 2010).

### 3. Klasifikasi stress

Tingkat stres dapat diklasifikasikan ke dalam 3 golongan (Stuart & Sundeen, 2006) yaitu :

#### a. Stres ringan

Pada tingkat stres ini sering terjadi pada kehidupan sehari - hari dan kondisi ini dapat membantu individu menjadi waspada dan bagaimana mencegah berbagai kemungkinan yang akan terjadi.

#### b. Stres sedang

Pada tingkat ini individu lebih memfokuskan hal penting saat ini dan mengesampingkan yang lain sehingga mempersempit lahan persepsinya.

#### c. Stres berat

Pada tingkat lahan persepsi individu sangat menurun dan cenderung memusatkan perhatian pada hal - hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi stres. Individu tersebut mencoba memutuskan perhatian pada lahan lain dan memerlukan banyak pengarahan.

### 4. Tanda dan gejala berdasarkan tahapan stres

Stres yang dialami seseorang dapat melalui beberapa tahapan, menurut VanAmberg tahun 1979. Tahapan stres dapat terbagi menjadi enam tahap di antaranya: (Aziz, 2007).

#### a. Tahap pertama

Merupakan tahap yang ringan dari stres yang ditandai dengan adanya semangat bekerja besar, penglihatannya tajam tidak seperti pada umumnya, merasa mampu menyelesaikan pekerjaan yang tidak seperti biasanya,

kemudian merasa senang akan pekerjaan namun kemampuan yang dimilikinya semakin berkurang.

b. Tahap kedua

Pada stress tahap kedua ini seseorang memiliki ciri sebagai berikut adanya perasaan letih sewaktu bangun pagi yang semestinya segar, terasa lelah sesudah makan siang, cepat lelah menjelang sore, sering mengeluh lambung atau perut tidak nyaman, denyut jantung berdebar-debar lebih dari biasanya, otot-otot punggung dan tekuk semakin tegang dan tidak bisa santai.

c. Tahap ketiga

Pada tahap ketiga ini apabila seseorang mengalami gangguan seperti pada lambung dan usus seperti adanya keluhan gastritis, buang air besar tidak teratur, ketegangan otot semakin terasa, perasaan tidak tenang, gangguan polatidur seperti sukar mulai untuk tidur, terbangun tengah malam dan sukar kembali tidur, lemah, terasa seperti tidak memiliki tenaga.

d. Tahap keempat

Tahap ini seseorang akan mengalami gejala seperti segala pekerjaan yang menyenangkan terasa membosankan semula tanggap terhadap situasi menjadi kehilangan kemampuan untuk merespon secara adekuat, tidak mampu melaksanakan kegiatan sehari-hari, adanya gangguan pola tidur, sering menolak ajakan karena tidak bergairah, kemampuan mengingat dan konsentrasi menurun karena adanya perasaan ketakutan dan kecemasan yang tidak diketahui penyebabnya.

e. Tahap kelima

Stress tahap ini ditandai dengan adanya kelelahan fisik secara mendalam, tidak mampu menyelesaikan pekerjaan yang ringan dan sederhana, gangguan pada sistem pencernaan semakin berat dan perasaan ketakutan dan kecemasan semakin meningkat.

f. Tahap keenam

Tahap ini merupakan tahap puncak dan seseorang mengalami panik dan perasaan takut mati dengan ditemukan gejala seperti detak jantung semakin keras, susah bernafas, terasa gemetar seluruh tubuh, dan berkeringat kemungkinan terjadi kolaps atau pingsan.

5. Respon fisiologis stress

a. Respon neuroendokrin

Jalur neural dan neuroendokrin di bawah kontrol hipotalamus akan diaktifkan dalam respon stress. Pertama, akan terjadi sekresi sistem saraf simpatis kemudian diikuti oleh sekresi simpatis – adrenal - meduler, dan akhirnya bila stress masih tetap ada, sistem hipotalamus - pituitari akan diaktifkan (Smeltzer & Bare, 2008).

Respon sistem saraf simpatis bersifat cepat dan singkat kerjanya. Neuroflavin dikeluarkan pada ujung saraf yang berhubungan langsung dengan ujung organ yang dituju mengakibatkan peningkatan fungsi organ vital dan keadaan perangsangan tubuh secara umum. Frekuensi jantung meningkat terjadi vasokonstriksi perifer, mengakibatkan kenaikan tekanan darah. Darah juga akan dialirkan keluar dari organ abdomen. Tujuan aktivitas tersebut adalah untuk memperoleh perfusi lebih baik pada organ vital (otak, jantung,

otot skelet). Glukosa darah meningkat dan menyediakan sumber energi siap pakai yang lebih banyak. Pupil akan berdilatasi, dan aktivitas mental akan meningkatkan rasa kewaspadaan menjadi lebih besar. Konstriksi pembuluh darah pada kulit akan membatasi peradangan bila terjadi trauma. Secara subjektif kita akan merasa kaki dingin, kulit dan tangan lembab, menggigil, berdebar – debar dan kejang pada perut. Secara khas, kita akan merasa tegang dengan otot leher, punggung atas, dan bahu menegang, pernafasan dangkal dan cepat dengan diafragma yang menegang (Smeltzer & Bare, 2008).

b. Respon stimulasi otak

Respon fisiologis terhadap stresor merupakan mekanisme protektif dan adaptif untuk memelihara keseimbangan homeostasis dalam tubuh. Dalam respon stres, impuls aferen akan ditangkap oleh organ pengindra (mata, telinga, hidung, kulit) dan pengindra internal (baroreseptor, kemoreseptor) ke pusat saraf di otak. Stress mungkin diterima oleh berbagai pusat saraf yang berbeda mulai dari korteks sampai ke batang otak, yang pada gilirannya akan menyampaikan informasi tersebut ke hipotalamus. Respon terhadap persepsi stress tersebut terintegrasi di dalam hipotalamus, yang akan mengkoordinasikan penyesuaian yang diperlukan untuk mengembalikan keadaan keseimbangan homeostasis. Derajat dan durasi respon sangat bervariasi, stress mayor akan membangkitkan baik respon simpatis maupun pituitari adrenal (Smeltzer & Bare, 2008).

### **C. Stres psikososial pada penderita DM**

Pada pasien DM adanya stres atau stres dapat mempengaruhi kontrol gula darah dan memperburuk perjalanan penyakit serta meningkatkan komplikasi yang serius. Gejala stres pada DM menyebabkan rendahnya *diabetes self management* (misalkan modifikasi diet, aktifitas fisik, injeksi insulin) dan meningkatkan resiko komplikasi diabetes. (Black & Hawks, 2009)

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. Stres lebih sering terjadi pada penderita DM dibandingkan dengan orang - orang tanpa DM, yang menunjukkan bahwa mereka mengalami adaptasi psikososial yang tidak efektif. (Degazon, C.E & Parker, V.G, 2007)

### **D. Faktor – faktor yang mempengaruhi stress pada penderita DM**

Stress emosional dapat memberi dampak yang negatif terhadap pengendalian DM. Peningkatan hormon “stress” akan meningkatkan kadar glukosa darah, khususnya bila asupan makanan dan pemberian insulin yang tidak diubah. Di samping itu, pada saat terjadi stres emosional, penderita DM dapat mengubah pola makan, latihan, dan penggunaan obat yang biasanya dipatuhi. Keadaan ini turut menimbulkan hiperglikemia (misalnya, pada penderita dengan insulin atau obat hipoglikemia oral yang berhenti makan sebagai reaksi terhadap stres emosional yang dialaminya). Penderita DM harus menyadari kemungkinan

kemunduran pengendalian DM yang menyertai stress emosional. Bagi mereka diperlukan motivasi agar sedapat mungkin mematuhi rencana terapi diabetes pada saat - saat stress. Di samping itu, strategi pembelajaran untuk memperkecil pengaruh stres dan mengatasinya ketika hal ini terjadi merupakan aspek yang penting dalam pendidikan DM (Smeltzer & Bare, 2008).

Luka juga sering menimbulkan stres psikososial yang sangat besar bagi penderita DM, orang yang merawat, keluarga, dan teman - teman penderita. Memiliki sebuah luka dirasakan sebagai adanya suatu ketidaksempurnaan atau kecacatan yang mengakibatkan kerentanan fisik dan emosional. Luka seringkali sangat mempengaruhi kualitas hidup, termasuk pembatasan yang nyata dalam aktifitas hidup sehari - hari, nyeri, edema, *fatigue* dan balutan yang besar yang membuat aktifitas sederhana seperti mengganti pakaian dan mandi menjadi hal yang menimbulkan frustrasi dan tidak dapat dilakukan. (Synder, 2006)

#### **E. Skala masalah stress yang dialami oleh penderita DM**

##### **a. Beban emosional**

Penderita DM yang mengalami beban emosional akan merasa lelah mental dan fisik setiap harinya. Mereka dalam keadaan marah, takut, dan tertekan ketika mereka memikirkan tentang DM, selain itu mereka juga berfikir bahwa DM mengendalikan hidup mereka. Mereka cenderung khawatir terhadap komplikasi panjang dan kewalahan dengan tuntutan hidup dengan Diabetes (Mascott, 2015).

##### **b. Keterkaitan dengan tenaga kesehatan**

Hubungan baik dengan tenaga kesehatan perlu meyakinkan dalam pemahaman terkait DM dan perawatan Diabetes. Terkadang tenaga

kesehatan memiliki harapan yang tidak realistis terhadap penderita DM. Mereka ingin merubah gaya hidup sesuai dengan diagnosa DM tanpa mempertimbangkan pentingnya kesadaran diri dan kesiapan mengubah diri (Mascott, 2015).

c. Kesulitan perawatan diri

Domain kesulitan dalam perawatan diri merupakan perasaan bersalah terhadap ketidakmampuan atau rasa tidak percaya diri penderita DM terhadap pengelola DM. Penderita DM kewalahan dalam melakukan perawatan diri sehingga mereka berfikiran berlebihan dan menjadikan beban mental tersendiri, sehingga diperlukan keyakinan dan efektivitas diri tentang bagaimana kita hidup dengan baik walaupun terkena diabetes (Mascott, 2015).

d. Interpersonal distress

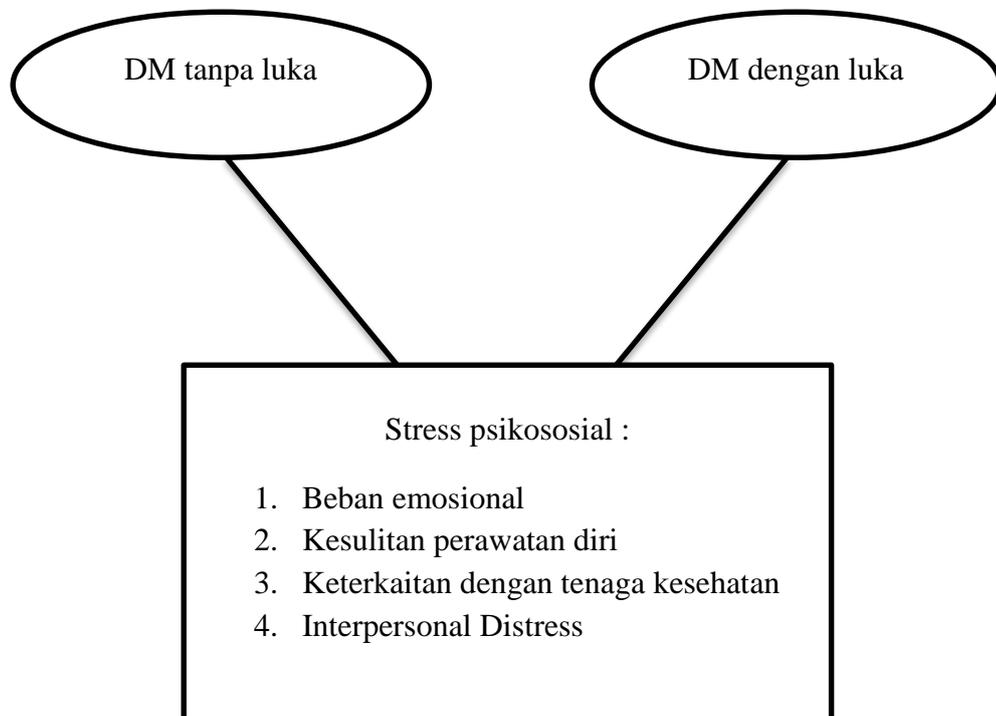
Interpersonal distress merupakan perasaan bahwa orang – orang terdekat tidak cukup mendukung upaya perawatan diri dan tidak mengerti kesulitan hidup dengan DM. Orang terdekat perlu memberi dukungan emosional bagi penderita DM, sehingga mampu meningkatkan kepercayaan diri dalam melakukan aktivitas perawatan diri (Mascott, 2015).

## BAB III

### KERANGKA KONSEP

#### Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan landasan teori yang telah diuraikan pada tinjauan pustaka serta masalah penelitian maka dapat disusun kerangka konseptual penelitian dengan menggunakan beberapa variabel yang digambarkan dalam skema sebagai berikut :



Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian

## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### A. Rancangan Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif. Penelitian kuantitatif adalah penelitian ilmiah yang sistematis terhadap bagian-bagian dan fenomena serta hubungan-hubungannya (Wikipedia, 2011).

Metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian komparatif deskriptif, yaitu membandingkan variabel yang sama untuk sampel yang berbeda. Penelitian komparasi dapat menemukan persamaan-persamaan dan perbedaan-perbedaan tentang benda-benda, tentang orang, prosedur kerja, ide-ide, kritik terhadap orang, kelompok, terhadap suatu ide atau prosedur kerja. Dapat juga membandingkan kesamaan pandangan dan perubahan-perubahan pandangan orang, grup atau negara, terhadap kasus, terhadap orang, peristiwa atau terhadap ide-ide (Arikunto, 2010).

#### B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan dari bulan 2 Maret sampai bulan 2 April 2018. Tempat penelitian ini akan *dilakukan* di Rumah Sakit Umum Haji, Puskesmas Kassi Kassi, Puskesmas Bara-baraya, ETN Center, Klinik Perawatan Luka Alvaro, Klinik Perawatan Luka Griya Afiat Kota Makassar dengan pertimbangan :

1. Rumah Sakit Umum Haji dipilih sebagai tempat penelitian karena terletak di Kecamatan Tamalate yang merupakan kecamatan yang memiliki angka kejadian DM tertinggi kedua di Kota Makassar
2. Puskesmas Bara-baraya terletak di Kecamatan Makassar yang merupakan kecamatan yang memiliki angka kejadian DM paling tinggi di Kota Makassar.

3. Puskesmas Kassi-kassi dipilih sebagai tempat penelitian berdasarkan data yang di tunjukkan oleh Dinas Kesehatan Kota Makassar yang menunjukkan angka kejadian DM sangat tinggi yaitu 411 kasus pada tahun 2012 dan meningkat pada tahun 2014 menjadi 612 kasus.
4. ETN Center, Klinik Perawatan Luka Alvaro, dan Klinik Perawatan Luka Griya Afiat merupakan klinik yang terletak di Kota Makassar yang khusus menangani perawatan luka.

### **C. Populasi dan Sampel**

#### **1. Populasi**

Populasi pada penelitian ini adalah semua penderita DM yang terdaftar di Rumah Sakit Umum Haji, Puskesmas Kassi Kassi, Puskesmas Bara-baraya, ETN Center, Klinik Perawatan Luka Alvaro, Klinik Perawatan Luka Griya Afiat Kota Makassar yang ingin diteliti oleh peneliti, berhubung karena jumlah populasi tidak diketahui secara pasti.

#### **2. Sampel**

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki populasi tersebut. Sampel yang diambil harus benar - benar representative (mewakili) (Saryono, 2008). Sampel pada penelitian ini yaitu penderita DM tanpa luka dan dengan luka yang terdaftar di Rumah Sakit Umum Haji, Puskesmas Kassi Kassi, Puskesmas Bara-baraya, ETN Center, Klinik Perawatan Luka Alvaro, Klinik Perawatan Luka Griya Afiat Kota Makassar. Metode pengumpulan sampel adalah menggunakan teknik *nonprobability sampling* (teknik sampel tanpa peluang). Teknik ini setiap unsur dalam populasi tidak memiliki kesempatan atau peluang yang sama untuk dipilih sebagai sampel (Siregar, 2010)

Cara yang digunakan adalah *Convenience Sampling* yaitu teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan saja, atau dengan kata lain peneliti memilih populasi yang bersedia untuk menjadi responden dan dapat memberikan informasi yang dibutuhkan.

Pada penelitian ini jumlah penderita DM yang terdaftar di Rumah Sakit Umum Haji, Puskesmas Kassi Kassi, Puskesmas Bara-baraya, ETN Center, Klinik Perawatan Luka Alvaro, Klinik Perawatan Luka Griya Afiat Kota Makassar populasinya tidak diketahui dengan pasti sehingga untuk menghitung jumlah sampel minimum yang dibutuhkan menggunakan formula Lemeshow untuk populasi yang tidak diketahui (Lemeshow, 1997), dengan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2}$$
$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)}{(0,10)^2}$$
$$n = 96,04 \rightarrow 100 \text{ orang}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

z = skor z pada kepercayaan 95% = 1,96

P = maksimal estimasi = 0,5

d = alpha (0,10) atau sampling error = 10%

Sehingga jika berdasarkan rumus tersebut maka n yang didapatkan adalah 96,04 dibulatkan menjadi 100 orang penderita termasuk dengan luka dan tanpa luka.

a. Kriteria inklusi dan eksklusi responden :

1) Kriteria inklusi merupakan kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012). Adapun kriteria inklusi dari penelitian ini adalah :

a) Penderita DM yang mempunyai luka berdasarkan pengkajian skala wagner dan tanpa luka yang terdaftar di Rumah Sakit Umum Haji, Puskesmas Kassi Kassi, Puskesmas Bara-baraya, ETN Center, Klinik Perawatan Luka Alvaro, Klinik Perawatan Luka Griya Afiat Kota Makassar.

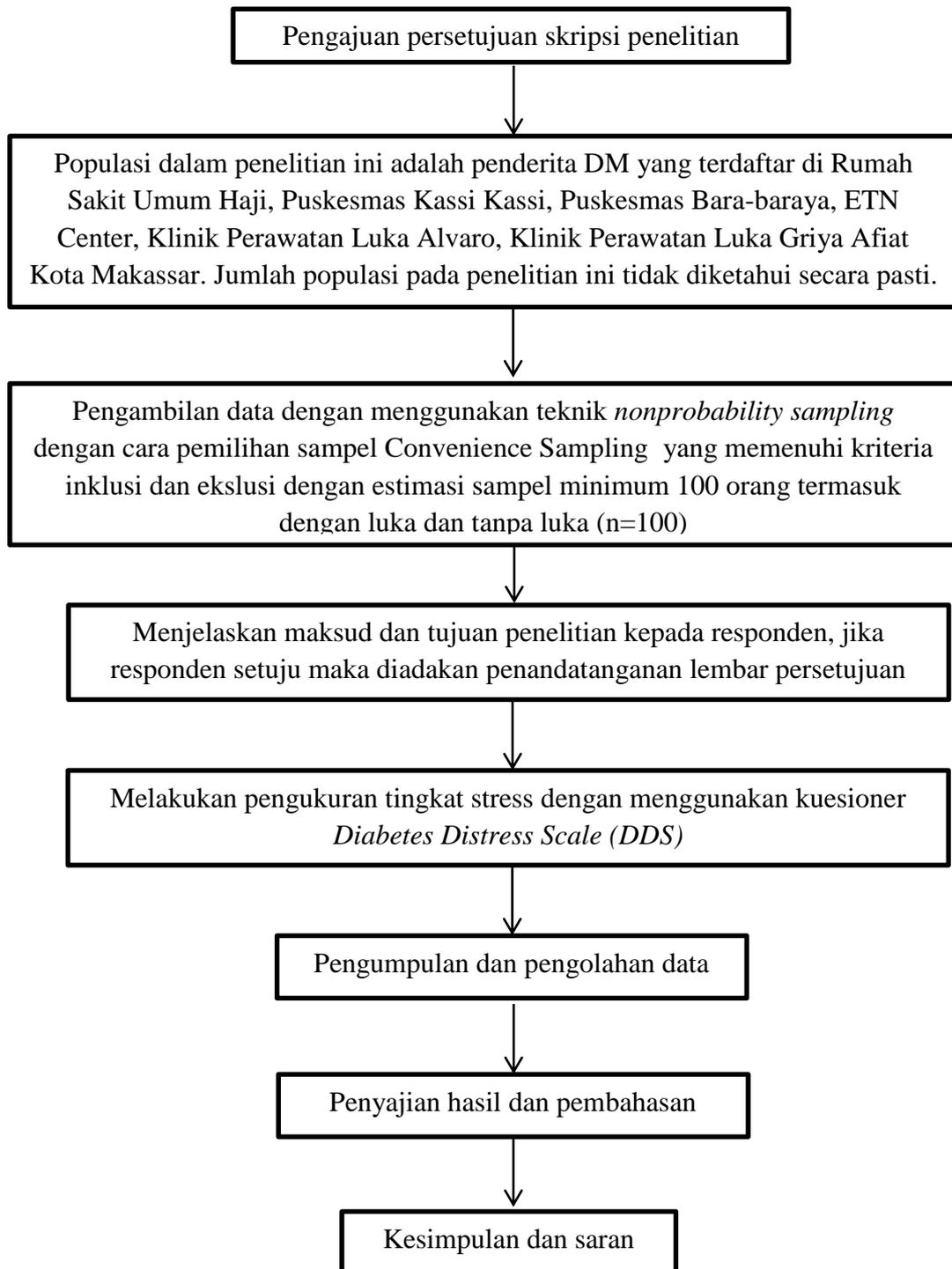
b) Bersedia menjadi responden

c) Dapat berkomunikasi secara baik ditandai dengan responden dapat memahami apa yang disampaikan oleh peneliti

2) Kriteria eksklusi merupakan kriteria atau ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012). Adapun kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah :

Tidak ada saat penelitian dilakukan

#### D. Alur Penelitian



Gambar 2 Alur Penelitian

## E. Variabel Penelitian

### 1. Identifikasi Variabel

Variabel penelitian pada dasarnya adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut. (Sugiyono, Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif R&D Edisi 4, 2010). Variabel penelitian yang akan diteliti pada penelitian ini adalah stress psikososial dari penderita DM.

### 2. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif

#### a. Stres Psikososial

Definisi : perubahan keadaan internal tubuh baik bersifat psikologik maupun sosial. Alat ukur yang digunakan yaitu kuesioner *Diabetes Distress Scale* (DDS) yang disusun oleh Polonsky (2005) dan telah diterjemahkan oleh Hanif (2012) yang terdiri 17 masalah potensial yang dikelompokkan kedalam 4 skala yaitu beban emosional, kesulitan perawatan diri, keterkaitan dengan tenaga kesehatan, dan interpersonal distress. Tingkat stress dinilai dengan cara menghitung nilai rata - rata dari skor tiap skala yang telah dikumpulkan kemudian skor total dibagi 17.

Kriteria objektif :

Stress berat : jika skor responden  $\geq 3$

Stress sedang : jika skor responden 2,0 – 2,9

Normal : jika skor responden  $< 2$

## F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan untuk mengukur tingkat stress psikososial penderita DM pada penelitian ini adalah dengan menggunakan instrumen penelitian *Diabetes Distress Scale (DDS)* yang disusun oleh Polonsky (2005) dan telah diterjemahkan oleh Hanif (2012). Instrumen ini terdiri dari 17 masalah potensial yang dialami oleh penderita DM, nilai 1 tidak sesuai sama sekali atau tidak pernah, nilai 2 sedikit sesuai atau jarang, nilai 3 sesuai pada tingkat tertentu atau kadang - kadang, nilai 4 sesuai dalam batas yang dipertimbangkan atau agak sering, nilai 5 sesuai atau sering, dan nilai 6 sangat sesuai atau sangat sering. Instrumen ini kemudian dikelompokkan ke dalam 4 skala, yaitu beban emosional, kesulitan perawatan diri, keterkaitan dengan tenaga kesehatan, dan interpersonal distress, pengelompokkan ini untuk mempermudah pemberian pelayanan sesuai dengan prioritas. Penilaian keparahan stress dinilai dengan cara menghitung nilai rata - rata dari skor yang telah dikumpulkan (skor total dibagi 17). Apabila nilai rata - rata < 2 dikategorikan sebagai normal, nilai 2,0 – 2,9 dikategorikan sebagai stress sedang, dan nilai  $\geq 3$  dikategorikan sebagai stress berat sehingga memerlukan penanganan klinis untuk menurunkan tingkat stress tersebut.

Riska Annisa Hanif telah menerjemahkan dan melakukan uji validitas dengan jumlah sampel sebanyak 20 responden pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari dengan nilai r antara 0,534 – 0,607. Hasil uji reabilitas yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya diperoleh nilai Crobach's Alpha sebesar > 0,87. (Hanif, 2012)

## G. Pengolahan data dan analisa data

Data penelitian ini merupakan pengolahan data menggunakan proses analisa sebagai berikut:

### 1. Pengolahan data

Dalam melakukan analisis data terlebih dahulu data harus diolah dengan tujuan mengubah data menjadi informasi.

- a. *Editing*, yaitu pemeriksaan data untuk menyesuaikan hasil yang diperoleh berdasarkan kuesioner, serta pemeriksaan terhadap ukuran/dimensi dan dijelaskan data serta pembuktiannya.
- b. *Coding*, yaitu memberikan kode tertentu untuk setiap kelompok pernyataan.
- c. *Tabulating* yaitu data nilai dikumpulkan dan dikelompokkan secara teliti dan teratur ke dalam bentuk table.
- d. *Cleaning* yaitu pengecekan kembali data yang sudah diproses apakah terdapat kesalahan, ketidaklengkapan, serta dilakukan koreksi.

### 2. Analisa data

Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa univariat. Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel. (Notoatmodjo, 2012) Selain itu analisa data lainnya adalah analisis komparasi dengan Uji-T.

## H. Etika Penelitian

Etika penelitian dilakukan dengan tujuan untuk melindungi hak subjek penelitian dengan menjamin kerahasiaan responden. (Notoatmodjo S. , 2010). Menurut penelitian yang menggunakan manusia sebagai subjek penelitiannya harus memahami prinsip-prinsip etika penelitian. (Nursalam, Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2, 2008). Prinsip etik dalam penelitian secara umum terdiri atas :

1. *Respect for persons*

Penelitian yang dilakukan memberikan kewenangan kepada responden dan melindungi responden. Peneliti menghormati hak subjek penelitian, apakah subjek tersebut bersedia untuk ikut serta dalam penelitian atau tidak, dengan memberikan *informed consent* (lembar persetujuan) pada subjek penelitian.

2. *Anonimity*

Sampel dalam penelitian yaitu responden yang akan mengisi kuesioner pada penelitian ini diberi jaminan kerahasiaan terhadap identitas dan data yang diberikan dan berhak untuk menolak menjadi responden. Serta melakukan proteksi kerahasiaan responden semaksimal mungkin.

3. *Justice*

Subjek penelitian diperlakukan dengan kehati-hatian dan terbuka mengenai penelitian tentang gambaran respon fisik, respon psikologis, dan kualitas hidup, memperhatikan hak dari subjek penelitian serta adil dalam hal memberikan perlakuan dan manfaat keikutsertaan subjek dalam penelitian.

4. *Beneficence* dan *non maleficence*

Penelitian yang dilakukan tidak menimbulkan kerugian, memberikan manfaat, memenuhi persyaratan ilmiah, sekaligus mampu menjaga privasi responden serta tidak menyinggung atau melakukan hal-hal yang merugikan (*non maleficence, do no harm*) subjek penelitian.

## BAB V

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Penelitian

Pada bab ini menguraikan hasil dan pembahasan penelitian tentang studi komparatif stres psikososial terhadap penderita diabetes mellitus dengan luka dan tanpa luka di kota Makassar. Penelitian ini dilakukan selama satu bulan mulai tanggal 2 April sampai 12 Mei 2017 yang bertempat di RS Haji, Puskesmas Kassikassi, Puskesmas Bara-baraya, Klinik ETN Center, Klinik Perawatan Luka Alvaro, dan Klinik Griya Afiat. Jumlah responden yang diberikan informed consent sebanyak 86 orang namun sebanyak 5 orang menolak untuk mengikuti penelitian sehingga sampel yang didapatkan sebanyak 81 orang, 40 orang dengan luka dan 41 orang tanpa luka dengan menggunakan metode penelitian komparatif deskriptif dan sampel diambil menggunakan teknik *non probability* yaitu *Convenience Sampling*.

Proses pengambilan data pada penelitian ini menggunakan kuisisioner, dimana kuisisioner yang digunakan adalah *Diabetes Distress Scale (DDS)*, sebelumnya peneliti meminta izin kepada responden untuk menandatangani lembar persetujuan responden yang selanjutnya diwawancarai menggunakan *Diabetes Distress Scale (DDS)*. Data yang terkumpul diolah dan dianalisis secara univariat. Analisis univariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah distribusi frekuensi pervariabel. Hasil penelitian sebagai berikut :

## 1. Karakteristik Responden

**Tabel 1**  
**Distribusi Responden menurut Karakteristik Pasien DM di Kota Makassar**

Karakteristik	Kelompok						Total n
	Tanpa Luka (n=41)			Dengan Luka (n=40)			
	n (%)	Mean (SD)	Min - Maks	n (%)	Mean (SD)	Min - Maks	
<b>Usia</b>		57(1.0)	30 - 80		57 (1.0)	29 – 77	
Dewasa Awal (20-39 tahun)	4 (9.7)			3 (7.3)			7
Dewasa Akhir (40-59 tahun)	18 (43.9)			19 (46.3)			37
Lansia/Elderly (60-74 tahun)	17 (41.5)			17 (41.5)			34
Lansia Tua/Old (75-90 tahun)	2 (4.9)			1 (2.4)			3
<b>Jenis Kelamin</b>							
Laki-Laki	12 (48.0)			13 (52.0)			25
Perempuan	29 (51.8)			27 (48.2)			56
<b>Jenis Perawatan</b>							
Rawat Jalan	35 (49.3)			36 (50.7)			71
Rawat Inap	6 (60.0)			4 (40.0)			10
<b>Status Pernikahan</b>							
Menikah	40 (50.0)			40			80
Tidak Menikah	1 (100.0)			0			1
<b>Pekerjaan</b>							
Bekerja	18 (50.0)			18 (50.0)			36
Tidak Bekerja	23 (51.1)			22 (48.9)			45
<b>Pendidikan Terakhir</b>							
Tidak Tamat SD	10 (58.5)			7 (41.2)			17
SD	3 (37.5)			5 (62.5)			8
SMP	7 (46.7)			8 (53.3)			15
SMA	14 (58.3)			10 (41.7)			24
PT	7 (41.2)			10 (58.8)			17
<b>Agama</b>							
Islam	38 (50.0)			38 (50.0)			76
Katolik	1 (100.0)			0			1
Protestan	2 (50.0)			2 (50.0)			4
<b>Pendapatan (Rp)</b>							
Tidak Ada	25 (41.7)			35 (58.3)			60
≥1.800.000	14 (82.4)			3 (17.6)			17
<1.800.000	2 (50.0)			2 (50.0)			4

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa penelitian yang dilakukan pada 81 orang responden DM di Kota Makassar didapatkan hasil yaitu usia responden penderita DM tanpa luka yang paling banyak yakni 45 – 59 tahun dengan persentase 43.9% dengan usia minimal 30 tahun dan maksimal 80 tahun, sedangkan penderita DM dengan luka yang paling banyak sesuai dengan penderita DM tanpa luka sebanyak 19 responden atau 46.3% dengan usia minimal 29 tahun dan maksimal 77 tahun.

Jika dilihat dari keseharian responden baik dengan luka maupun tanpa luka didapatkan sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 56 responden dimana 29 responden tanpa luka dengan persentase 51.8% sedangkan responden dengan luka sebanyak 27 responden atau 48.2%. Selain itu, sebagian besar responden menjalani perawatan pada rawat jalan baik responden dengan luka maupun tanpa luka.

Dari segi pekerjaan sebagian besar responden tidak bekerja, responden DM dengan luka yang tidak bekerja sebanyak 22 responden atau 48.9% dan responden DM tanpa luka sebanyak 23 responden atau 51.1%, sedangkan dari segi pendapatan sebagian besar responden memiliki pendapatan diatas standar Upah Minimum Regional Sulawesi Selatan yakni lebih dari Rp. 1.800.000, dimana responden tanpa luka sebanyak 11 orang atau 39.3% sedangkan responden dengan luka 17 orang atau 60.7%, responden yang tidak memiliki pendapatan sebagian besar responden tanpa luka yakni sebanyak 24 responden atau 54.5% dan responden dengan luka sebanyak 20 responden dengan persentase 45.5%, mereka yang tidak memiliki pendapatan hanya bergantung kepada keluarga lain yang sedang bekerja.

Jika dilihat dari segi pendidikan terakhir, responden DM tanpa luka sebagian besar sampai pada bangku SMA yakni sebanyak 14 responden atau 58.3%, sedangkan responden DM dengan luka sebagian besar sampai pada bangku Perguruan Tinggi (PT) yakni sebanyak 10 responden dengan persentase 58.8%.

**Tabel 2**  
**Distribusi Responden menurut Karakteristik tentang Penyakit DM responden di Kota Makassar**

Karakteristik	Kelompok						Total n
	Tanpa Luka (n=41)			Dengan Luka (n=40)			
	n (%)	Mean (SD)	Min - Maks	n (%)	Mean (SD)	Min – Maks	
<b>Terapi Insulin</b>							
Ya	13 (43.3)			17 (56.7)			30
Tidak	28 (54.9)			23 (45.1)			51
<b>Skala Wagner Luka</b>							
0	3 (3.7)						
1	14 (17.3)						
2	12 (14.8)						
≥3	11 (13.5)						
<b>Dimana Pertama Kali di Diagnosa DM</b>							
Puskesmas	17 (51.5)			16 (48.5)			33
RS	12 (42.9)			16 (57.1)			28
Praktek Dokter	3 (50.0)			3 (50.0)			6
Apotik	4 (44.4)			5 (55.6)			9
Posyandu Lansia	5 (100)			0			5
<b>Pernah Mendapat Edukasi tentang DM</b>							
Ya	21 (51.2)			22 (51.2)			43
Tidak	20 (48.8)			18 (47.4)			38
<b>Keluarga yang Mengalami DM</b>							
Ya	25 (50.0)			25 (50.0)			
Tidak ada	16 (51.6)			15 (48.4)			
<b>Nilai Gula Darah Sewaktu</b>							
Rendah (<110 mg/dL)	4 (44.4)	202(80.9)	70-484	5 (55.6)	235(1.10)	42-600	50
Baik (110-145mg/dL)	5 (50.0)			5 (50.0)			31
Sedang (145-179 mg/dL)	28 (50.0)			28 (50.0)			
Buruk (>180 mg/dL)	4 (66.7)			2 (33.3)			
<b>Olahraga</b>							
Tidak Pernah	25 (41.7)			35 (58.3)			60
1x/ pekan	14 (82.4)			3 (17.6)			17
≥3x/ pekan	2 (50.0)			2 (50.0)			4
<b>Gampang Merasakan Stres</b>							
Ya	21 (51.2)			30 (75.0)			
Tidak Ada	20 (48.8)			10 (25.0)			
<b>Lama Menderita DM (tahun)</b>							
		5 (1.0)	1 - 20		6 (5.2)	1 – 20	
<b>Lama Luka (bulan)</b>							
					21 (20.5)	1 – 60	

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa jika dilihat dari lama menderita responden DM dengan luka rata-rata sudah menderita DM selama 6 tahun, sedangkan responden tanpa luka rata-rata sudah menderita DM selama 5 tahun dengan lama minimal 1 tahun dan maksimal 20 tahun. Sekitar 40 responden DM sudah menderita luka rerata 21 bulan dengan lama minimal 1 bulan dan maksimal

60 bulan atau 5 tahun dengan berdasarkan pengkajian skala wagner didapatkan 14 responden dengan persentase 17.3 % memiliki luka derajat 2 berdasarkan pengkajian skala wagner. Responden yang memiliki luka sebanyak 40 responden dengan persentase 50.6% sudah pernah melakukan usaha untuk menyembuhkan luka yang dimiliki dengan cara merawat lukanya khusus di klinik perawatan luka.

Sebagian besar responden DM tidak melakukan terapi insulin, sebanyak 28 atau 54.9% responden DM tanpa luka tidak melakukan terapi dan 13 responden atau 43.3% yang melakukan terapi, sedangkan responden DM dengan luka yang tidak melakukan terapi sebanyak 23 responden atau 45.1% dan yang melakukan terapi sebanyak 17 responden dengan persentase 56.7%. Responden yang memiliki keluarga lain menderita DM sebanyak 50 responden dimana responden dengan luka dan tanpa luka jumlahnya sama yakni masing-masing 25 responden dengan persentase 50.0% sedangkan yang tidak memiliki keluarga lain pada responden dengan luka sebanyak 15 responden atau 48.4% dan tanpa luka sebanyak 16 responden atau 51.6%.

Nilai Gula Darah Sewaktu (GDS) responden paling banyak dalam kategori sedang, dimana responden dengan luka memiliki rata-rata nilai GDS yang paling tinggi yakni 235 mg/dL dengan nilai minimal 42 mg/dL dan maksimal 600 mg/dL, sedangkan responden DM tanpa luka memiliki rata-rata yakni 202 mg/dL dengan nilai minimal 70 mg/dL dan maksimal 484 mg/dL. Sebagian besar responden DM tanpa luka pertama kali mengetahui dirinya terkena DM dan memeriksakannya dari Puskesmas yakni sebanyak 17 responden atau 51.5%, sedangkan responden DM dengan luka sebagian besar mengetahui pertama kali dari Rumah Sakit yakni sebanyak 16 responden dengan persentase 57.1%.

Sebagian besar responden DM dengan luka maupun tanpa luka pernah mendapat edukasi tentang penyakit DM yang dialaminya, dimana responden DM tanpa luka yang pernah mendapat edukasi yakni sebanyak 21 responden (51.2%) sedangkan responden DM dengan luka sebanyak 22 responden (51.2%) sisanya tidak pernah mendapat edukasi tentang penyakit DM. Jika dilihat dari keluarga lain yang menderita DM sebagian besar responden DM baik tanpa luka maupun dengan luka memiliki keluarga lain yang juga menderita penyakit DM.

Responden DM mudah mengalami perasaan stress/tertekan paling banyak yaitu responden dengan luka yakni 30 responden atau 75.0%, sedangkan responden DM tanpa luka sebanyak 21 responden dengan persentase 51.2%. Sebagian besar dari mereka yang gampang mengalami perasaan stres biasanya langsung beristirahat untuk mengatasi perasaan stress yang mereka alami. Jika dilihat dari kebiasaan olahraga responden, sebagian besar responden tidak berolahraga dalam seminggu baik responden DM dengan luka maupun tanpa luka.

## 2. Gambaran stres psikososial pada penderita DM dengan luka dan tanpa luka

**Tabel 3 Stres pada Penderita DM dengan luka**

<b>Tingkat Stres</b>	<b>Dengan Luka</b>	<b>Tanpa Luka</b>
Normal (<2)	<b>15 (37.5%)</b>	<b>33 (40.7%)</b>
Stres sedang (2.0 – 2.9)	<b>21 (52.5%)</b>	<b>8 (9.9%)</b>
Stres berat ( $\geq 3$ )	<b>4 (10.0%)</b>	<b>0</b>
Total	<b>40</b>	<b>41</b>

Berdasarkan uji *Chi Square* dengan nilai  $p = 0.000$  didapatkan hasil penelitian pada kelompok penderita DM dengan luka menunjukkan bahwa dari 40 responden, tercatat paling banyak responden dengan tingkat stress sedang yaitu sebanyak 21

orang dengan persentase 52.5%, responden yang mengalami tingkat stress normal sebanyak 15 orang atau 37.5 % dan paling sedikit responden dengan tingkat stress berat yakni sebanyak 4 orang dengan persentase 10.0%. Responden DM tanpa luka tercatat paling banyak responden dengan tingkat stres normal yakni sebanyak 33 responden dengan persentase 40.7%, responden dengan tingkat stres sedang sebanyak 8 orang atau 9.9% dan responden DM tanpa luka tidak ada yang mengalami stress berat.

### 3. Perbandingan stres psikososial pada penderita DM dengan luka dan tanpa luka

Uji T dilakukan untuk menguji perbandingan penelitian ini. Pengujian ini menggunakan *One Sample T-test* melalui program SPSS 16. Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.

**Tabel 4 Uji Beda stres psikososial penderita DM dengan luka dan tanpa luka**  
Skor stres psikososial

Kelompok	n	Skor stres psikososial		P
		Mean	SD	
Dengan Luka	40	1.7250	0.640	0.000
Tanpa Luka	41	1.1951	0.401	

**p = 0.000**

Nilai probability menggunakan uji *One Sample T-test* didapatkan nilai  $p = 0.000$  yang artinya terdapat perbandingan stres psikososial pada penderita DM dengan luka dan tanpa luka, dimana penderita DM dengan luka dengan rata-rata 1.7250 cenderung memiliki tingkat stres lebih tinggi dibandingkan penderita DM tanpa luka dengan rata-rata 1.1951. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Ghanbari & Azita, 2016) dimana hasil penelitiannya juga menyebutkan bahwa

pasien dengan ulkus memiliki tingkat stres lebih tinggi daripada penderita DM tanpa ulkus.

**Tabel 5 Distribusi jawaban responden beban emosional**

<b>Item Pernyataan</b>	<b>Dengan Luka (n=40) Mean (SD)</b>	<b>Tanpa Luka (n=41) Mean (SD)</b>	<b>P</b>
<b>Beban Emosional</b>			
2. Saya merasa diabetes sangat menguras energi saya setiap hari, baik fisik maupun mental.	3.9 (1.5)	2.7 (1.1)	0.000
4. Ketika saya memikirkan hidup dengan penyakit diabetes, saya merasa marah, takut, dan stres.	4.2 (1.5)	2.1 (1.1)	0.000
7. Saya merasa bahwa hidup saya akan berakhir dengan komplikasi serius dimasa yang akan datang, meski apapun perawatan yang saya lakukan.	3.7 (1.6)	1.9 (1.2)	0.000
10. Saya merasa diabetes mengontrol hidup saya	3.4 (1.4)	2.0 (0.9)	0.000
14. Saya merasa terbebani dengan tuntutan hidup yang dialami sebagai penderita diabetes.	3.5 (1.7)	2.2 (0.9)	0.000

Berdasarkan tabel 5 didapatkan rata-rata jawaban responden pada subskala beban emosional penderita DM dengan luka yang paling tinggi yaitu pada item nomor 2 yang berhubungan dengan keseharian responden yang merasa penyakit DM yang dialaminya menguras banyak energyi baik fisik maupun mental dan juga pada item nomor 4 dimana responden merasakan marah, takut dan stres ketika memikirkan penyakit DM yang dialaminya. Sedangkan responden DM tanpa luka nilai rata-rata item yang paling tinggi yaitu nomor 2 dan nomor 14 dimana responden merasa terbebani karena tuntutan hidup dengan DM.

**Tabel 6 Distribusi jawaban responden keterkaitan dengan tenaga kesehatan**

<b>Item Pernyataan</b>	<b>Dengan Luka (n=40) Mean (SD)</b>	<b>Tanpa Luka (n=41) Mean (SD)</b>	<b>P</b>
<b>Distres berkaitan dengan tenaga kesehatan</b>			
1. Saya merasa dokter tidak cukup mengetahui masalah diabetes dan perawatannya.	1.2 (0.6)	1.5 (0.9)	0.000
5. Saya merasa bahwa saya tidak cukup sering memeriksakan kadar gula darah saya.	1.2 (0.4)	1.7 (1.2)	0.000
11. . Saya merasa dokter tidak memperhatikan dengan serius apa yang menjadi masalah saya.	1.1 (0.4)	1.2 (0.8)	0.000
15. Saya merasa tidak memiliki dokter untuk konsultasi secara rutin mengenai diabetes.	1.1 (0.4)	1.3 (0.8)	0.000

Berdasarkan tabel 6 menunjukkan bahwa jika dilihat dari nilai rata-rata jawaban responden pada subskala distres berkaitan dengan tenaga kesehatan, jawaban yang dimiliki responden DM dengan luka paling tinggi yaitu pada item nomor 1 dan 2 dengan nilai rata-rata 1.2 yang berhubungan dengan dokter tidak cukup mengetahui masalah diabetes dan perawatan yang mereka jalani selain itu responden merasa bahwa mereka tidak cukup sering memeriksakan kadar gula darah mereka. Sedangkan nilai rata-rata jawaban responden DM tanpa luka yang paling tinggi yaitu item nomor 5 dengan nilai rata-rata 1.7 yakni responden merasa tidak cukup sering memeriksakan kadar gulanya.

**Tabel 7 Distribusi jawaban responden kesulitan perawatan diri**

Item Pernyataan	Dengan Luka (n=40) Mean (SD)	Tanpa Luka (n=41) Mean (SD)	P
<b>Distres kesulitan perawatan diri</b>			
6. Saya merasa, saya tidak mengevaluasi gula darah saya secara teratur.	1.6 (1.2)	1.8 (1.3)	0.000
8. Saya merasa sering gagal dalam perawatan diabetes saya.	2.1 (1.5)	1.3 (0.7)	0.000
3. Saya tidak percaya diri pada kemampuan saya dalam mengelola diabetes.	2.1 (1.4)	1.4 (0.6)	0.000
12. Saya merasa, saya tidak taat pada rencana makan yang sehat.	2.2 (1.5)	1.9 (1.1)	0.000
16. Saya merasa tidak termotivasi untuk mempertahankan perawatan diri yang saya jalani.	1.9 (1.3)	1.3 (0.6)	0.000

Berdasarkan tabel 7 didapatkan sebagian besar responden DM dengan luka maupun tanpa luka memiliki nilai rata-rata jawaban yang paling tinggi yaitu item nomor 12 dengan nilai 2.2 (dengan luka) dan 1.9 (tanpa luka) yakni responden merasa tidak taat pada rencana makan yang sehat.

**Tabel 8 Distribusi jawaban responden distres interpersonal**

Item Pernyataan	Dengan Luka (n=40) Mean (SD)	Tanpa Luka (n=41) Mean (SD)	P
<b>Distres interpersonal</b>			
9. Saya merasa, teman-teman atau keluarga tidak mendukung saya sepenuhnya dalam upaya perawatan diri (seperti, perencanaan aktivitas yang bertentangan dengan jadwal, mendukung saya makan makanan yang “tidak cocok untuk penderita diabetes”)	1.5 (0.2)	1.0 (0.3)	0.000
13. Saya merasa teman-teman atau keluarga saya tidak menghargai betapa sulitnya hidup dengan diabetes.	1.0 (0.1)	1.1 (0.4)	0.000
17. Saya merasa teman-teman atau keluarga tidak memberikan dukungan emosional sebagaimana yang saya harapkan.	1.0 (0.1)	1.0 (0.1)	0.000

Berdasarkan tabel 8 didapatkan nilai rata-rata jawaban responden dengan luka yang paling tinggi yakni pada item nomor 6 dengan nilai rata-rata 1.5 yang

berhubungan dengan responden merasa tidak mengevaluasi gula darah mereka secara teratur. Sedangkan responden DM tanpa luka memiliki nilai paling tinggi yaitu pada item nomor 12 yang berhubungan dengan responden merasa tidak taat pada rencana makan yang sehat.

## **B. Pembahasan**

Hasil penelitian yang telah diuraikan, membahas secara sistematis hasil dari data univariat tentang studi komparatif stress psikososial pada penderita DM dengan luka maupun tanpa luka di Kota Makassar. Penelitian ini melibatkan responden sebanyak 81 orang penderita DM 40 dengan luka dan 41 tanpa luka yang menjalani perawatan baik rawat inap maupun rawat jalan. Berikut ini akan dijelaskan lebih lanjut mengenai gambaran stress psikososial pada penderita DM dan perbandingan stress psikososial pada penderita DM dengan luka dan tanpa luka.

### **1. Karakteristik responden**

Jika dilihat dari rata-rata usia responden baik tanpa luka maupun dengan luka memiliki rata-rata usia yang sama yaitu 57 tahun, responden DM dengan luka paling banyak masuk dalam kriteria lansia akhir sebanyak 18 responden (58.1%) dengan usia minimum 29 tahun dan usia maksimum 77 tahun, sedangkan responden DM tanpa luka sebagian besar masuk dalam kriteria lansia awal sebanyak 13 responden (56.5%) dengan usia minimum 30 tahun dan usia maksimum 80 tahun. Menurut (Suyono, 2006) diabetes mellitus tipe 2 muncul pada usia diatas 40 tahun, karena pada usia 40 tahun keatas tubuh mengalami banyak perubahan terutama pada organ pankreas yang memproduksi insulin dalam darah. Jika dilihat dari jenis kelamin penderita

DM dengan luka maupun tanpa luka sebagian besar berjenis kelamin perempuan. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh (Semenkovich, Miriam, & Brown, 2015) yang mengungkapkan bahwa penderita laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan yaitu sebanyak 62.3% laki-laki dan 37.7% perempuan. Dari segi pekerjaan sebagian besar responden tidak bekerja baik responden DM dengan luka maupun tanpa luka. Hal ini menunjukkan bahwa responden yang tidak bekerja termasuk dalam faktor-faktor penyebab stres psikososial terhadap penderita DM.

Dari segi pendidikan terakhir, responden DM tanpa luka sebagian besar sampai pada bangku SMA dan responden DM dengan luka paling banyak sampai pada bangku Perguruan Tinggi (PT). Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Maria, Floera, & Victor, 2016) yang mengungkapkan bahwa responden DM tanpa luka paling banyak ditemukan pada tingkat Perguruan Tinggi yakni sebanyak 6 orang (40.0%) dan responden DM yang mempunyai luka kaki diabetik paling banyak hanya sampai pada tingkat SD yakni sebanyak 6 orang (40.0%).

Jika dilihat dari lama menderita DM yang memiliki nilai rata-rata paling lama yaitu dari kelompok responden DM dengan luka yakni dengan rata-rata lama menderita 6 tahun dan dari kelompok responden DM tanpa luka yakni dengan rata-rata 5 tahun dengan lama minimum 1 tahun dan maksimum 20 tahun. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Ramdani, 2016) yang mengungkapkan bahwa pasien menderita DM paling lama yaitu 12-24 bulan sebanyak 28 orang (35.4%) dengan lama minimum 9 bulan dan maksimum 4 tahun. Sedangkan untuk lama luka yang dialami oleh responden

DM dengan luka menunjukkan lama rata-rata 21 bulan (1.7 tahun) dengan lama minimum 1 bulan dan maksimum 60 bulan (5 tahun). Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Maria, Floera, & Victor, 2016) yang mengatakan bahwa pasien yang mengidap penyakit luka kaki diabetic sudah lama menderita DM, tetapi komplikasi luka kaki diabetic sebagian besar baru muncul pada satu tahun terakhir.

Menurut penelitian (Waleed, 2014) yang dilakukan di Palestina bahwa kebanyakan pasien yang menderita stres adalah perempuan, memiliki banyak penyakit, pengangguran, pendidikan yang rendah, rendahnya kepatuhan terhadap pengobatan, dan individu yang nilai BMI nya abnormal, berdasarkan analisis multivariate yang dilakukan oleh waleed hanya pendidikan yang rendah, pengangguran, dan memiliki banyak penyakit/komplikasi, dan rendahnya tingkat kepatuhan terhadap pengobatan yang memiliki nilai yang signifikan dibanding yang lain.

## **2. Gambaran stres psikososial pada penderita DM dengan luka dan tanpa luka**

Stress psikososial yang dialami oleh penderita DM diklasifikasikan dalam 3 kategori yaitu stress ringan, stres ini sering muncul dalam kehidupan sehari-hari yang ditandai dengan merasa senang akan pekerjaan namun kemampuan yang dimilikinya semakin berkurang, kemudian yang kedua adalah stres sedang yang ditandai dengan individu lebih memfokuskan hal penting saat ini dan mengesampingkan yang lain sehingga mempersempit lahan persepsinya, dan yang ketiga yaitu stres berat, pada tahap ini lahan

persepsi individu sangat menurun dan cenderung memutuskan perhatian pada hal-hal lain.

Dari hasil penelitian yang dilakukan didapatkan responden dengan luka sebagian besar pada tingkat stress sedang yakni sebanyak 21 responden dengan persentase 52.5%, pada tingkat stress berat sebanyak 4 responden atau 10.0%. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Magela, B, & et al, 2011), dimana hasil penelitiannya menunjukkan bahwa dari 50 pasien kaki diabetikum, tercatat paling banyak pasien dengan skor stres sedang yaitu sebanyak 32 orang (64.0%). Penelitian yang dilakukan oleh Demegic (2014) bahwa prevalensi stres pada pasien diabetes mellitus tipe 2 sebanyak 36.1% (baik yang moderate, sedang, dan berat) dari sampel. Kemudian penelitian yang dilakukan oleh (Huang, Lee, Chang, & Chiu, 2012) dalam penelitiannya di Taiwan menunjukkan prevalensi stres pada Diabetes Mellitus tipe 2 di Taiwan lebih rendah dari pada di negara barat. Hal ini mengindikasikan pengaruh perbedaan kebiasaan dan kultur dari masing-masing negara.

Pada penderita DM tanpa luka paling banyak pada tingkat stres normal sebanyak 33 responden dengan persentase 40.7%, dan tidak ada responden DM tanpa luka yang berada pada tingkat stres berat. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Maria, Floera, & Victor, 2016) dimana hasil penelitiannya menunjukkan bahwa tercatat paling banyak responden penderita DM dengan skor normal yakni sebanyak 8 orang (53.3%) dan paling sedikit responden dengan skor stres berat yaitu 1 orang (6.7%). Hal ini disebabkan karena responden DM tanpa luka cenderung tidak terlalu memikirkan penyakit yang dialaminya sehingga mereka masih mandiri dalam melakukan aktivitas

sehari-harinya, berbeda dengan responden yang memiliki komplikasi luka mereka cenderung memikirkan perawatan luka yang mereka alami selain itu beberapa dari mereka sudah tidak bisa menjalankan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

### **3. Perbandingan stress psikososial pada penderita DM dengan luka dan tanpa luka**

Berdasarkan hasil uji beda pada tabel 4 didapatkan responden dengan luka cenderung memiliki tingkat stress yang lebih tinggi dibandingkan dengan penderita DM yang tidak memiliki luka, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Maria, Floera, & Victor, 2016) yang mengungkapkan bahwa penderita DM dengan ulkus memiliki tingkat stres yang lebih tinggi dikarenakan ulkus yang dimilikinya akan menjadi penghalang dan menjadi beban dalam mengelola kesehariannya sehingga lebih banyak dari mereka yang akan membutuhkan bantuan keluarga atau orang lain untuk mengatur manajemen diabetes dan perawatannya.

Perbandingan stress psikososial pada penderita DM dengan luka dan tanpa luka memang memiliki perbedaan tingkat stress yang berbeda, dimana penderita stress dengan luka cenderung memiliki tingkat stress yang lebih tinggi dibandingkan penderita DM tanpa luka. Menurut (Sigurdardottir, 2005) menyebutkan bahwa masalah emosional yang dialami oleh klien DM yaitu stress, sedih, rasa khawatir akan masa depan, memikirkan komplikasi jangka panjang yang akan muncul, perasaan takut hidup dengan DM, merasa tidak semangat dengan program pengobatan yang harus dijalani, khawatir terhadap perubahan kadar gula darah dan bosan dengan perawatan rutin yang harus

dijalani. Aspek emosional yang dialami oleh penderita DM akan mempengaruhi perilakunya dalam melakukan perawatan diri DM. klien yang menerima dan memahami segala kondisi yang terjadi akibat penyakitnya maka akan memudahkan penderita untuk melakukan perawatan mandiri yang harus dijalani dalam kehidupan sehari-hari.

Teori lain mengatakan bahwa stress emosional (stress, kecemasan, stres) yang terjadi akibat tingginya kadar glukosa darah dan komplikasi DM dapat berdampak negatif pada pasien (Price & Wilson, 2014). Penyebab stress/stressor terdiri dari 4 macam yaitu stressor internal yang berasal dari diri seseorang (contohnya kanker atau perasaan stres yang dalam hal ini karena penyakit DM), stressor external yang berasal dari luar individu (contohnya perpindahan ke kota lain, kematian anggota keluarga, tekanan dari teman sebaya), stressor perkembangan yang terjadi pada waktu yang dapat diperkirakan sepanjang hidup individu, dan stressor situasional yang tidak dapat diperkirakan dan dapat terjadi kapan pun sepanjang hidup dimana stress situasional dapat positif atau negative (contohnya kematian keluarga, pernikahan atau perceraian, kelahiran anak, selama stress emosional, pasien mengubah pola kebiasaan makan, latihan, dan pengobatan). Hal ini dapat memperburuk kondisi pasien (Price & Wilson, 2014).

Disamping itu tidak selamanya luka yang dialami oleh penderita DM merupakan satu-satunya faktor penyebab munculnya stres psikososial yang mereka alami, karena beberapa penderita DM dengan luka mempunyai tingkat stress yang bisa dikatakan dapat mempengaruhi psikososial mereka. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Maria, Floera, & Victor, 2016)

yang mengatakan bahwa ada atau tidaknya luka dan komplikasi yang dialami oleh penderita DM dapat mempengaruhi tingkat stresnya, ada beberapa faktor lain yang juga dapat mempengaruhi tingkat stres seperti jenis kelamin, usia, pekerjaan, lamanya pasien menderita penyakit DM.

Hal yang menjadi masalah paling serius bagi penderita DM dengan luka maupun tanpa luka yaitu beban emosional dimana sebagian besar dari mereka sering memikirkan komplikasi, sering merasa marah dan takut karena penyakit DM yang dialaminya selain itu mereka merasa sangat terbebani karena penyakit yang dideritanya terutama bagi penderita DM yang memiliki luka, selain itu menurut hasil penelitian yang telah dilakukan yang menjadi masalah ringan dialami oleh penderita DM baik luka maupun tanpa luka yakni distress interpersonal yang mengkaji tentang dukungan teman-teman ataupun keluarga penderita DM, rata-rata dari mereka mempunyai teman-teman atau keluarga yang mendukung mereka dalam segala hal mengenai tentang perawatan DM yang mereka alami, responden merasa subskala ini bukan merupakan masalah serius yang mereka alami.

### **C. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini tidaklah luput dari keterbatasan. Keterbatasan dalam penelitian ini adalah :

1. Penggunaan bahasa dalam mewawancarai responden karena mayoritas responden yang berada di wilayah penelitian merupakan penduduk asli Makassar dan mayoritas dari mereka menggunakan bahasa Makassar dalam kehidupan sehari-hari.
2. Peneliti hanya melakukan satu kali pengukuran menggunakan kuesioner DDS untuk mengetahui apakah jawaban responden tetap sama.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Kesimpulan pada penelitian ini adalah terdapat perbandingan tingkat stres psikososial pada penderita DM dengan luka dan tanpa luka, dimana penderita DM dengan luka sebagian besar berada pada tingkat stress sedang sebanyak 21 responden, responden yang berada pada tingkat stress normal sebanyak 15 responden dan terdapat 4 responden yang berada pada tingkat stress berat, sedangkan penderita DM tanpa luka sebagian besar berada pada tingkat stress normal sebanyak 33 responden berada pada tingkat stress sedang sebanyak 8 responden dan tidak ada responden yang berada pada tingkat stress berat. Jika dilihat dari 4 subskala pernyataan didapatkan kesimpulan bahwa subskala yang menjadi masalah paling serius bagi penderita DM tanpa luka maupun dengan luka yaitu beban emosional dan yang menjadi masalah ringan yaitu distress interpersonal.

#### **B. Saran**

##### **1. Bagi rumah sakit**

Perlu diadakan pendidikan kesehatan mengenai kesehatan jiwa dapat memperburuk sebuah penyakit begitu juga sebaliknya sakit fisik dapat mendatangkan masalah pada kesehatan jiwa pasien.

2. Bagi pendidikan ilmu keperawatan

Perawat lebih memperhatikan dan membedakan pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan kepada penderita DM dengan luka dan tanpa luka terutama dalam hal bagaimana manajemen stres psikososial yang pasien alami.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian selanjutnya bisa dilakukan lebih dalam, seperti melakukan pengukuran dua kali dengan kuisisioner yang sama dengan rentang waktu 3 hari untuk memastikan apakah jawaban responden tetap sama. Selain itu, penelitian selanjutnya dapat dilakukan dengan sampel yang lebih besar agar mewakili seluruh populasi yang ada.

## DAFTAR PUSTAKA

- ADA. (2010). *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus Diabetes Care*. USA.
- Aini, U. F., A. R., & A. W. (2011). Associate between family support with self care behavior of patients with diabetes mellitus type 2. *Kesehatan*, 10.
- Akhter, N. (2010). *Self-Management Among Patients With Hypertension in Bangladesh*. Master of nursing Science Prince of Songkla University: TESIS.
- Akoit, E. E. (2015). *Dukungan sosial dan perilaku perawatan diri penyandang diabetes melitus tipe 2*.
- Almatseir. (2010). *Pemilihan diet*. Jakarta: Gramedia pustaka utama.
- Anggara, F. D., & Prayitno, N. (2013). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tekanan darah Di Puskesmas Telaga Murni Cikarang Barat Tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 3(1), 20-25.
- Annisa, A. N., Wahiduddin, & Ansar, J. (2014). *Faktor Yang Berhubungan Dengan kepatuhan Berobat Hipertensi Pada Lansia Di Puskesmas Pattigaloang Kota Makassar*. Retrieved 11 16, 2016, from [http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/9370/A.%20Fitria%20Nur%20Annisa\\_K11110020.pdf?sequence=1](http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/9370/A.%20Fitria%20Nur%20Annisa_K11110020.pdf?sequence=1)
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Aspiani, R. Y. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Aster, K. A. (2015). *Buku Ajar Patologi Robbins*. Singapura: Elsevier.
- Asti. (2006). Kepatuhan pasien faktor penting dalam keberhasilan terapi. pp. 1-2.
- Aziz, A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Baradero, M., Dayrit, M. W., & Siswadi, Y. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Bastable, S. B. (2002). *Perawat Sebagai Pendidik: prinsip-prinsip pengajaran dan pembelajaran*. Jakarta: EGC.
- Bell, K., & Pharm, D. (2015). *Hypertension : The Silent Killer Updated JNC-8 Guideline Recommendations*. Harrison School of Pharmacy, Auburn University.

- Black, & Hawks. (2009). *Medical for Positive Outcomes*. St. Louis: Missouri Elsevier Saunders.
- Black, & Hawks. (2011). *Medical surgical nursing: clinical management for positive outcomes*.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis Untuk Hasil yang di Harapkan Edisi 8*. Singapura: Elsevier.
- BPS. (2013). Retrieved Agustus 27, 2016, from Bps.go.id: <https://soppengkab.bps.go.id>
- Campbell, N. (2011). *Canadian Recommendations For The Management of Hypertension*.
- Chamida, A. N. (2009). Deteksi Dini Gangguan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak. *Jurnal Pendidikan Khusus*, 5 (2) : 84 :89 :92.
- Crowley, M. J., Crubber, J., Olsen, M., & Bosworth, H. (2013). Factors Associated with Non-Adherence to Three Hypertension Self-Management Behaviors: Preliminary Data for a New Instrument. *Journal of General Internal Medicine*, 99-106.
- Dahlan, M. (2014). *Langkah-Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran Dan Kesehatan* (2 ed.). Jakarta: Sagung Seto.
- Dalimartha, d., Purnama, d., Sutarina, d., Mahendra, B., & Darmawan, R. (2008). *Care Your Self Hipertensi*. Jakarta: Penebar Plus.
- Dalyoko, D. P. (2010). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Upaya Pengendalian Hipertensi Pada Lansia Di Posyandu Lansia Wilayah Kerja Puskesmas Mojosongo Boyolali*. Universitas Muhammadiyah Surakarta: Program Studi Kesehatan Masyarakat Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- 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.
- Degmecic, D. (2014). Depression, Anxiety And Cognitive Dysfunction in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. 711-716.
- Depkes, RI. (2000). *Keperawatan Jiwa Teori dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta.
- Dewani, & Sitanggang, M. (2006). *Terapi Jus dan 38 Ramuan Tradisional untuk Diabetes*. Depok: Agro Media Pustaka.
- Dhungana, R. r., Pandey, A. R., Bista, B., Joshi, S., & Devkota, S. (2016). Prevalence and Associated Factors of Hypertension: A Community-Based Cross-Sectional

- Study in Municipalities of Kathmandu, Nepal. *International Journal of Hypertension*, 1-12.
- Dinkes Kota Makassar. (2012). *Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Makassar Kota Makassar*. Makassar: Dinkes.
- Dunning, T. (2003). *Care of people with diabetes a manual nursing practice*. Melbourne: Blackwell Publishing.
- E. T., Bayhakki, & Nauli, F. A. (2014). Hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 di rsud arifin achmad . *Kesehatan*.
- Efendi, F., & Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Falco G, P. P. (2015). The Relationship between Stress and Diabetes Mellitus. *J Neurol Psychol*.
- Flynn, S., Ameling, J., Hill-Briggs, F., Wolff, J., Bone, L., Levine, D. M., et al. (2013). Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans: perspectives of patients and family members. *Patient Preference and Adherence*. Dovepress, 742-749.
- Friedman, H. S., & Schustack, M. M. (2008). *Kepribadian teori klasik dan Riset Modern*. Jakarta: Erlangga.
- G. M. (2014). *hubungan natara status sosial ekonomi dengan kejadian diabetes melitus tipe 2*. Manado.
- Ghanbari, L., & Azita, Z. (2016). Comparison of depression in diabetic patients with and without foot wound. *J Bas Res Med Sci*.
- Gupte, S. (2004). *Panduan Perawatan Anak*. Jakarta: Sterling Publisher.
- Gustina, Suratun, & Heryati. (2014). Faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet DM tipe 2 . *Jurnal keperawatan* , 97-107.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2012). *Fisioogi kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Hacihanoglu, R., & Gozum, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing Volume 2 Issue 5-6*, 692-706.
- Handaningrum, E. Y., Safitri, D., & Ispriyanti, D. (2014). Analisis Jalur untuk mengetahui Hubungan antara Usia ibu, Kadar Hemoglobin, dan Masa Gestasi

- terhadap Berat Bayi Lahir di Rumah Sakit Aisyiah Kudus. *Jurnal Gaussian*, 3, 71-80.
- Hanif, A. (2012). *Perbedaan Tingkat Stres Sebelum dan Sesudah Dilakukan DSME pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Rambipuji Kecamatan Jember*. Jember: Skripsi.
- Hasan . (2013, 2). Retrieved 12 Sabtu, 31, from Hubungan antara penerimaan diri dan dukungan emosi dengan optimisme pada penderita diabetes melitus anggota aktif persadia: [www.candrajaya.psikologi](http://www.candrajaya.psikologi)
- Hasan, M. I. (2002). *Pokok-pokok Materi Statistika I (Statistik Deskriptif) Edisi Kedua*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Hawari, D. (2001). *Manajemen Stres, Cemas, dan Stres*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Herlinah, I., Wiarsih, W., & Rekawati, E. (2013). Hubungan dukungan keluarga Dengan Perilaku Lansia Dalam Pengendalian Hipertensi. *Journal Keperawatan Komunitas Vol. 1, No, 2*, 108-115.
- Hernilawati. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan keluarga*. Jakarta: Pustaka As Salam.
- Hidayat. (2012). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Imiah (2 ed.)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. A. (2008). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Huang, C., Lee, M., Chang, K., & Chiu, H. (2012). *Gen Hospital Psychiatry*. 242.
- Hunt. (2012). *Menganalisis hubungan antara self efficiency, dukungan keluarga dan perilaku self care*. Jakarta.
- IDAI. (2013, Juni 9). Retrieved Agustus 26, 2016, from [www.idai.or.id/](http://www.idai.or.id/): <http://www.idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/mengenal-keterlambatan-perkembangan-umum-pada-anak>
- IDF. (2015). *One Adult In Ten Will Have Diabetes By 2030*.
- Indriyani, Supriyanto, & Santoso. (23, 10 2013). Retrieved 12 2016, 28, from Pengaruh latihan fisik terhadap penurunan kadar glukosa darah : <http://www.ncbi.nlm>
- Karnia, N. (2007). *Penatalaksanaan Demam Pada Anak*. Bandung.
- KBBI. (2016). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Retrieved 9 7, 2016, from [kbbi.web.id](http://kbbi.web.id).

- Kear, T., Harrington, M., & Bhattacharya, A. (2015). Partnering with patients using social media to develop a hypertension management instrument. *Journal of the America Society of Hypertension* 9(9) , 725-734.
- Keban, Purnomo, & Mustafa. (2013). Evaluasi hasil edukasi farmasi pada pasien DM tipe 2 di RS Sardijo yogyakarta. *Jurnal ilmu kerfarmasian*, 45-52.
- Keban, S. A. (2016). Hubungan rasionalisasi pengobatan dan self care pada pasien di RS Bina Husada Cibinong. *Jurnal ilmu kefarmasian*, 66-72.
- Kemenkes, RI. (2013). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan*. Jakarta: RISKESDAS.
- Kemenkes, RI. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kliegman, R. M., Behrman, R. E., Jenson, H. B., & Stanton, B. F. (2007). *Nelson Textbook Of Pediatrics*. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Kohler, S. B. (2009). *Self Management of Chronic Disease*. Springer Medizin Verlag.
- Komalasari, G., Wahyuni, E., & Karsih. (2014). *Tori dan Teknik Konseling*. Indeks : Jakarta.
- Kosim, M. S., Evita, A. Y., Dewi, R., Saroso, G., & Usman, A. (2010). *Buku Ajar Neonatologi*. Jakarta: Sagung Seto.
- Kozier, E., Berman, & Snyder. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, & Praktik, Volume 1, Edisi 7*. Jakarta: EGC.
- Kristyanasari, W. (2010). *Gizi Ibu Hamil*. Jakarta: Nuha Medika.
- Kuminingsih. (2013). *Hubungan dukungan emosional keluarga dengan tingkat stres pada pasien diabetes mellitus tipe 2 di RSUD Ambarawa*. Ungaran.
- Kyle, T., & Carman, S. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri (2 ed., Vol. 1)*. Jakarta: EGC.
- Lee, J. K. (2013). Evaluation of a Medication Self Management Education Program for Elderly with Hypertension Living in the Community. *J. Korean Acad Nurs.* 43 (2), 267.
- Lemeshow, S. (1997). *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Lindawati. (2013). Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Perkembangan Motorik Anak Usia Pra Sekolah. *Jurnal Health Quality*, 4, 1-76.

- Magela, G., B, L., & et al. (2011). Assesment of depressive symptoms in people with diabetes mellitus and foot ulcers. Scielo.
- Makassar, D. K. (2012). *Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kota Makassar*. Makassar: Dinkes.
- Maria, E. K., Floera, F., & Victor, E. (2016). Perbandingan Skor Stres Antara Pasien Diabetes Mellitus Dengan Pasien Kaki Diabetikum di RSUD Raden Mattaher Jambi.
- Marliani, L., & Tantan, H. (2007). *100 Questions & Answers Hipertensi*. Jakarta: PT Elex Media Komputendo.
- Mascott, C. (2015). *Another "Complication" of Having Diabetes*. Retrieved September 30, 2017, from <http://www.diabetesselfmanagement.com/managing.diabetes/emotional-health/diabetes-distress/>
- Mihardja. (2009). *Faktor yang berhubungan dengan pengendalian glukosa darah pada penderita Diabetes melitus*. Jakarta: Majalah kedokteran Indonesia.
- Moonik, P., Lestari, H., & Rocky, W. (2015, Januari-April). Faktor- Faktor yang mempengaruhi Keterlambatan Anak Taman Kanak-Kanak. *Jurnal e-Clinic (eCl)*, 3, 124-133.
- Muaris, H. (2006). *Bekal Sekolah untuk Anak Balita*. Jakarta: Gramedia Puska Utama.
- Muhitith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Andi.
- Mulyani, R. (2016). Factors related to obedience to insulin based therapy on type 2 diabetes melitus patients in endocrinology polyclinic dr. sardjito hospital. 37.
- Mulyati, L., Yetti, K., & Sukmarini, L. (2013). Analisis faktor yang Mempengaruhi Self Managemen Behavior Pada Pasien Hipertensi. *Keperawatan Universitas Indonesia Vol. 1*, 112-123.
- Naderimagham, Niknami, Abolhassami, Hajizadeh, & Montazeri. (2012). *Development and psycometric propertis of a new in middle aged patients with type 2*. Retrieved 11 2, 2016, from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/1035>
- Nasir, A., Muhith, A., & Ideputri, M. (2011). *Buku Ajar Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medica.
- Nasrudin. (2010). *Psikologi Manajemen*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo. (2012). *Metode Penelitian Kesehatan Edisi 2*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Notoatmodjo. (2012). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Noural, J. (2015). *The Relationship Between Stress and Diabetes Mellitus*. Avens Publishing Group.
- Nugraheni, A. A. (2016). *Gambaran tingkat pengetahuan tentang diet pasien diabetes melitus*. Yogyakarta.
- Nugroho, D. A., Istiono, W., & Purwanta. (2013). *THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY SUPPORT WITH THE SUCCESS OF HYPERTENSION MANAGEMENT AMONG HYPERTENSION PATIENTS IN KLINIK DOKTER KELUARGA KORPAGAMA UGM*. Yogyakarta: Program Study Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.
- Nugroho, H. S. (2009). *Petunjuk Praktis Denver Developmental Screening Test*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, Susilaningrum, R., & Utami, S. (2008). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalim, M. (2003). *Strategi dan Intervensi Konseling*. Jakarta: Akademia Permata.
- Pearcea, A., Scalzia, D., Lyncha, J., & Smithers, L. G. (2016). Apakah Anak yang Kurus dan Kelebihan Berat Badan memiliki Perkembangan yang lebih buruk dari berat badan normal sehat usia Pre-Sekolah. *Early Childhood Quarterly*, 85-49.
- PERKENI. (2011). *Konsensus pengelolaan diabetes melitus tipe 2 di indonesia*. Semarang: PB PERKENI.
- PERKI. (2015). *Pedoman Tatalaksana Hipertensi Pada Penyakit Kardiovaskular*. Jakarta: PERHIMPUNAN DOKTER SPESIALIS KARDIOVASKULAR INDONESIA.
- Polonsky, W. L. (2005). Assessing psychosocial distress in diabetes. *Diabetes Care*.
- Potter, & Perry. (2010). *Fundamental Of Nursing Buku 2 Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika.

- Practitioners, T. R. (2010). *Chronic Condition Self- Management Guidelines*. Summary for Nurses and Allied Health Professionals. Commonwealth Department of Health and Aging.
- Pradono, J., Indrawati, L., & Murnaman, T. (2013). Permasalahan Dan Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Hipertensi Di Kabupaten Bogor Prov. Jawa Barat. *Bul. Peneliti. Kesehatan, Vol.4, No 2*, 61-71.
- Prasetyo, A. S. (2012). Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Self-Care Management Pada Asuhan Keperawatan Pasien Hipertensi Di RSUD Kudus. *Tesis Universitas Indonesia*.
- Prayitno, N., & Anggara, F. D. (2013). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tekanan Darah Di Puskesmas Telaga Murni, Cikarang Barat. *Ilmiah kesehatan, 5(1)*, 20-25.
- Price, S., & Wilson, L. (2014). *Konsep klinis proses proses penyakit*. Jakarta: EGC.
- Purwodadi, N. (2015). Pengaruh Edukasi Perawat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi. *Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan, Vol. XIV No. 1*, 22-27.
- Puspitasari, S. (2016, Mei). *www.usu.ac.id*. Retrieved Agustus 13, 2016, from Penyakit tidak Menular: <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/50667/5/Chapter%20I.pdf>
- Putri, C. A. (2016). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perawatan Pasien Hipertensi di Puskesmas Julbuk Kabupaten Jember*. Jember: Skripsi Publikasi PSIK Universitas Jember.
- Radi. (2014, 9). Retrieved 12 rabu, 2016, from DM sebagai faktor resiko penyakit jantung: <http://www.pjntk.go.id>
- Rafaela, M. S., Livia, M. C., & Claudia, A. R. (2014). Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children: a systematic review. *J. Pediatr*, 119-134.
- Rahmat. (2013, 12). *Pengaruh konseling terhadap kecemasan dan kualitas hidup pasien DM di kecamatan kebakkramat*. Retrieved 11 2016, from [www.eprints.uns.ac.id](http://www.eprints.uns.ac.id)
- Ramdani, M. I. (2016). Gambaran Tingkat Stres pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Rumah Sakit Umum Kardinah Kota Tegal.
- Rampengan, N. H. (2013). Antibiotik terapi demam tifoid tanpa komplikasi pada anak. *Sari Pediatri*, 272-273.

- Reeder, S. J., Martin, L. L., & Koniak-Griffin, D. (2011). *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga* (16 ed., Vol. 2). (E. A. Mardella, Ed., Y. Afianti, I. N. Rachmawati, A. Lusyana, S. Kurnianingsih, N. B. Subekti, & D. Yulianti, Trans.) Jakarta: EGC.
- RI, D. (2010). *Pelayanan Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Retrieved 10 24, 2016, from [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id).
- Riandita, A. (2012). *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Demam dan Pengelolaan Demam Pada Anak*. Semarang.
- Riskesdas. (2013). *Hasil Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Sacharin, R. M. (2008). *Prinsip Keperawatan Pediatrik* (2 ed.). Jakarta: EGC.
- Safitri, I. N. (2013). Kepatuhan terapi penderita dm tipe 2. *Jurnal ilmiah psikologi terapan*.
- Saifunurmazah, & Dimas. (2013). *Kepatuhan penderita diabetes melitus dalam menjalani terapi*.
- Sannoza, Ariana, Mendoza, & Humbeso. (2012, 9). Retrieved 12 rabu, 2016, from DM ysus complications en las pacientes atendidos en la unidad medica: <http://repositori.utm.edu.ec/handle/123456789/405>
- Santri, A., Indriansari, A., & Girsang, B. M. (2014, Maret). Perkembangan Anak Usia Toddler (1-3 tahun) dengan Riwayat Berat Badan Lahir Rendah. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 5, 1-76.
- Saraswati, R., Ropi, H., & Sari, C. W. (2015). *PENGARUH PROGRAM EDUKASI BERBASIS KOMUNITAS TERHADAP SELF-MANAGEMENT LANSIA HIPERTENSI DI PUSKESMAS GOMBONG 2 KEBUMEN*. Bandung: Universitas Padjadjaran.
- Saryono. (2008). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jogjakarta: Mitra Cendikia Press.
- Schteingart, D. (2006). *Pankreas: Metabolisme Glukosa dan Diabetes Melitus dalam Pathophysiologi : Clinical Concepts of Deseas Process Volume 2*. Jakarta: EGC.
- Selatan, D. K. (2014). *Provil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan*. Makassar: Pemerintah Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan.
- Semenkovich, K., Miriam, E., & Brown. (2015). *Depression In Type 2 Diabetes Mellitus: Prevalence, Impact, And Treatment*.

- Septian, & Okti. (2010). Hubungan antara tingkat stres dengan kadar gula darah pada pasien diabetes mellitus di wilayah kerja puskesmas sukaharjo I.
- Sigurdardottir. (2005). Self care in diabetes: model of factors affecting self care . *Journal of Clinical Nursing* .
- Siregar, S. (2010). *Statistik deskriptif untuk penelitian*. Jakarta: Rajagrafindo Persada.
- Smeltzer & Bare. (2008). *Textbook of Medical Surgical Nursing Vol. 2*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Soebardi, & Yunir. (2006). *Terapi non farmakologi pada diabetes*. Jakarta: Departemen ilmu penyakit dalam.
- Soebroto. (2009). *Hidup Bahagia Dengan Diabetes*. Jogjakarta: Bangkit.
- Soetjiningsih, & Ranuh, G. (2013). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC Kedokteran.
- Stuart, & Sundeen. (2006). *Buku Saku Keperawatan Jiwa, Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Sudoyo. (2006). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Jakarta: Departemen penyakit FK UI.
- Sudoyo A, e. a. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: FKUI.
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif R&D Edisi 4*. Bandung: Alfabet.
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugondo. (2009). Obesitas. In *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Volume 3 Edisi 5* (pp. 1973-1983). Jakarta: Interna Publishing.
- Sunarti, E. (2004). *Mengasuh dengan Hati*. Jakarta: Gramedia.
- Sunaryo. (2004). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Susilaningrum, R., & dkk. (2013). *Asuhan Keperawatan pada Anak*. Jakarta: Sagung Seto.
- Suwariyah, P. (2013). *Test Perkembangan Bayi/Anak*. Jakarta: Trans Info Media.
- Suyanto. (2011). *Metodelogi dan Aplikasi Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- Suyono. (2006). *Diabetes Mellitus di Indonesia*. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam IV . Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit dalam FK UI.
- Syafei. (2010, 5). Retrieved 12 Rabu, 2016, from Pengendalian faktor resiko DM: [http://waspadamedan.com/indeks.php?option=com\\_content&view=artcel%id=3709:pengendalian-fakto-resiko-diabetes-melitus&catid=59:opini&itemid=215r](http://waspadamedan.com/indeks.php?option=com_content&view=artcel%id=3709:pengendalian-fakto-resiko-diabetes-melitus&catid=59:opini&itemid=215r)
- Syafruddin, & Hamidah. (2009). *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Synder, R. (2006). *Venous Leg Ulcers in the Elderly Patient : Associated Stress, Social Support, and Coping*. Ostony: Wound Management.
- Tamara, Bayhakki, & Nauli. (2014). Hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 di rsud arifin achmad provinsi riau.
- Tamher, S., & Noorkasiani. (2009). *Kesehatan Lanjut Usia Dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medica.
- Tanto, C., Liwang, F., Hanifati, S., & Pradipta, E. A. (2014). *Kapita Selekta Kedokteran* (2 ed., Vol. 1). Jakarta: Media Asculapius.
- Taukhit. (2014). HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN KOMPLIKASI PADA PENDERITA. 74-79.
- Tilaar, S. K., Lestari, H., & Runtunuwu, A. L. (2016). Faktor-faktor yang berhubungan dengan Keterlambatan Perkembangan Bayi Usia 9 Bulan. *Jurnal e-Clinik (eCl)*, 4, 1-6.
- Uber, S. (2005). *Metode Penelitian Sosial*. Bandung: Unpar Press.
- Utami, d. (2009). *Solusi Sehat Mengatasi Hipertensi*. Jakarta: Agromedia Pustaka.
- Wagner. (1983). Classification of Diabetic Foot Ulcer. *Dalam NICE Clinical Guideline, 2015, Diabetic foot problems Prevention and Management, National Institute for Health and Care Excellence*.
- Waleed. (2014). Who Benefit From Diabetes Self-Management Intervention? The influence of Depression.
- WHO. (2015, November). *Hipertensi Menurut WHO terbaru* . Retrieved Agustus 13, 2016, from Shad Global Indonesia: <http://www.obattradisional.com/hipertensi-menurut-who-terbaru-november-2015/>
- Wikipedia. (2011). Potensiometer. <http://id.wikipedia.org/wiki/Potensiometer>.
- Wong, D. L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schwartz, P. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik edisi 6 Volume 1*. Jakarta: EGC.

- Yusra, A. (2011, 3 30). *Hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien DM tipe 2 di poliklinik penyakit dalam rumah sakit pusat fatmawati*. Retrieved 11 2, 2016, from [www.lontar.ui.ac.id](http://www.lontar.ui.ac.id)
- Zareian, E., Saeedi, F., & Rabbani, V. (2014). The Role of Birth Order and Birth Weight in the Balance of Boys Aged 9-11 old. *Ann Appl Sport Sci.*, 51-53.
- Zaveira, F. (2008). *Mengenali dan Memahami Tumbuh Kembang Anak*. Yogyakarta: Katahati.
- Zerbeto, A. B., Cortelo, F. M., & Filho, E. B. (2014). Association between gestational age and birth weight on the language development of Brazilian children. *Journal de Pediatria*, 326-332.

*Lampiran 1*

**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : (L/P)

Umur :

bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar yang bernama Ayu Lestari Aman Syarif L (C12114309) dengan judul *"Studi Komparatif Stres Psikososial Pada Penderita Diabetes Mellitus Tanpa Luka Dan Dengan Luka di Kota Makassar"*

Saya memahami penelitian ini dimaksudkan untuk kepentingan ilmiah dalam rangka penyusunan skripsi bagi peneliti dan tidak merugikan saya serta hal-hal yang sifatnya rahasia akan dijaga kerahasiaannya.

Dengan demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya siap berpartisipasi dalam penelitian ini.

Makassar,...../...../20.....

Peneliti,

Responden,

Ayu Lestari Aman Syarif L

(.....)

Saksi,

(.....)

## Lampiran 2

### INSTRUMEN PENELITIAN *DIABETES DISTRESS SCALE(DDS)*

#### A. Karakteristik Responden

Petunjuk Pengisian:

Dengarkan dengan seksama dan jawablah pertanyaan dibawah ini dengan tepat dan benar sesuai dengan situasi dan kondisi anda saat ini!

No. responden

No. Handphone :

1. Inisial :
2. Umur :
3. Jenis perawatan :  Rawat jalan  Rawat Inap
4. Jenis kelamin :  Laki – laki  Perempuan
5. Status perkawinan:  Menikah  Tidak menika  Janda/Duda
6. Pekerjaan:  Bekerja  Tidak bekerja
7. Pendidikan terakhir:  
 Tidak tamat SD  SD  SMP  SMA  PT  Tidak sekolah
8. Agama:  
 Islam  Katolik  Protestan  Hindu  Budha
9. Penghasilan responden perbulan :

#### B. Kuisisioner :

1. Kapan terkena penyakit kencing manis (DM) :
2. Terapi yang dilakukan :  Ya  Tidak  
Jika ya, Oral / Insulin / Oral + Insulin
3. Mempunyai luka :  Ya  Tidak  
Jika ya, sudah berapa lama ?

4. Berapa skala wagner luka yang dimiliki? (Lihat form skala wagner)  
Wagner : 0 1 2 3 4 5 \*diisi oleh peneliti
5. Apakah sudah pernah ada usaha untuk menyembuhkan luka ?  
 Ya  Tidak Jika ya, usaha apa yang dilakukan ?
6. Dari mana anda pertama kali di diagnosa terkena kencing manis (DM) :  
 Posyandu lansia, Puskesmas, Praktek dokter  Rumah Sakit, Bidan  
 Lainnya...
7. Nilai GDS terakhir :
8. Olahraga berapa kali dalam seminggu :
9. Pernah mendapat edukasi kencing manis (DM):  Ya  Tidak  
Jika ya, oleh siapa :
10. Ada keluarga yang menderita kencing manis (DM):  Ya  Tidak  
Jika ya, siapa :
11. Jika ada masalah, apakah anda mudah mengalami perasaan tertekan/stres ?  
 Ya  Tidak
10. Apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tertekan/stres ?

### C. Kuisioner Diabetes Distress Scale (DDS)

#### PETUNJUK :

Hidup dengan diabetes kadang-kadang sulit. Ada banyak masalah dan kesulitan mengenai diabetes dan dapat sangat bervariasi dalam tingkat keparahan. Masalahnya mulai dari hal-hal yang kecil sampai pada kesulitan-kesulitan hidup yang utama. Berikut ini adalah 17 masalah yang mungkin terjadi pada orang-orang yang mengalami diabetes. Tentukanlah derajat masalah yang anda alami dalam SATU BULAN TERAKHIR pada masing-masing item pernyataan dan lingkariilah nomor yang cocok dengan yang anda rasakan/alami.

Mohon diperhatikan bahwa kami meminta anda menunjukkan sejauh mana setiap pernyataan tersebut mungkin mengganggu dalam hidup anda, BUKAN menunjukkan yang benar-benar terjadi pada anda. Jika anda merasa bahwa pernyataan tertentu tidak mengganggu atau bukan masalah bagi anda, silahkan lingkari angka "1", namun jika sangat mengganggu anda, silahkan lingkari angka "6".

Pernyataan	Bukan Masalah	Masalah Ringan	Masalah Sedang	Masalah Agak Serious	Masalah Serious	Masalah Sangat Serious
1. Saya merasa dokter tidak cukup mengetahui masalah diabetes dan perawatannya.	1	2	3	4	5	6
2. Saya merasa diabetes sangat menguras energi saya setiap hari, baik fisik maupun mental.	1	2	3	4	5	6
3. Saya tidak percaya diri pada kemampuan saya dalam mengelola diabetes	1	2	3	4	5	6
4. Ketika saya memikirkan hidup dengan penyakit diabetes, saya merasa marah, takut, dan stres.	1	2	3	4	5	6
5. Saya merasa dokter yang menangani saya tidak memberikan petunjuk yang jelas bagaimana mengatasi diabetes.	1	2	3	4	5	6
6. Saya merasa, saya tidak mengevaluasi gula darah saya secara teratur.	1	2	3	4	5	6
7. Saya merasa bahwa hidup saya akan berakhir dengan komplikasi serius dimasa yang akan datang, meski apapun perawatan yang saya lakukan.	1	2	3	4	5	6
8. Saya merasa sering gagal dalam perawatan diabetes saya.	1	2	3	4	5	6
9. Saya merasa, teman-teman atau keluarga tidak mendukung saya sepenuhnya dalam upaya perawatan diri (seperti, perencanaan aktivitas yang	1	2	3	4	5	6

bertentangan dengan jadwal, mendukung saya makan makanan yang “tidak cocok untuk penderita diabetes”)						
10. Saya merasa diabetes mengontrol hidup saya	1	2	3	4	5	6
11. Saya merasa dokter tidak memperhatikan dengan serius apa yang menjadi masalah saya.	1	2	3	4	5	6
12. Saya merasa, saya tidak taat pada rencana makan yang sehat.	1	2	3	4	5	6
13. Saya merasa teman-teman atau keluarga saya tidak menghargai betapa sulitnya hidup dengan diabetes.	1	2	3	4	5	6
14. Saya merasa terbebani dengan tuntutan hidup yang dialami sebagai penderita diabetes.	1	2	3	4	5	6
15. Saya merasa tidak memiliki dokter untuk konsultasi secara rutin mengenai diabetes.	1	2	3	4	5	6
16. Saya merasa tidak termotivasi untuk mempertahankan perawatan diri yang saya jalani.	1	2	3	4	5	6
17. Saya merasa teman-teman atau keluarga tidak memberikan dukungan emosional sebagaimana yang saya harapkan.	1	2	3	4	5	6

### *Lampiran 3*

#### **FORM SKALA WAGNER**

Lingkari nomor sesuai derajat luka responden !

1. Derajat 0 : ditandai dengan kulit tanpa ulserasi (luka terbuka), kondisi kulit kering dan terdapat kalus (area kulit yang menebal), terjadi deformitas berupa claw toes (kelainan bentuk jari kaki)
2. Derajat I : ulkus superfisialis (luka yang terjadi hanya pada permukaan kulit dan belum menembus lapisan kulit dalam)
3. Derajat II : ulkus dalam menembus tendon dan tulang
4. Derajat III : abses dalam, dengan atau tanpa terbentuknya osteomyelitis (peradangan tulang)
5. Derajat IV : gangren pada satu jari atau lebih, gangrene dapat pula terjadi pada sebagian ujung kaki.
6. Derajat V : gangren seluruh kaki atau sebagian tungkai

(Wagner, 1983)

**Lampiran 4**

**Master Tabel Hasil Analisa Data SPSS**

**Karakteristik Responden**

**Statistics**

Tanpa Luka		Usia	Nilai GDS	Pendapatan	Lama menderita DM
N	Valid	41	41	18	41
	Missing	40	40	63	40
Mean		57.7805	202.8049	2.8667	5.3902
Median		57.0000	197.0000	2.2500	4.0000
Std. Deviation		1.06361E1	80.97445	1.82370	3.89152
Minimum		30.00	70.00	1.00	.00
Maximum		80.00	484.00	8.00	20.00

**Statistics**

Dengan Luka		Usia	Nilai GDS	Pendapatan	Lama menderita DM	Lama Luka
N	Valid	41	41	21	41	40
	Missing	40	40	60	40	41
Mean		57.0244	235.4146	4.1048	6.5854	21.5000
Median		58.0000	200.0000	3.0000	5.0000	12.0000
Std. Deviation		1.00312E1	1.10483E2	6.05520	5.25821	20.56883
Minimum		29.00	42.00	1.00	1.00	1.00
Maximum		77.00	600.00	30.00	20.00	60.00

**Usia \* Diagnosis Crosstabulation**

			Diagnosis		Total
			Dengan Luka	Tanpa Luka	
Usia	Dewasa awal (26-35 tahun)	Count	3	1	4
		% within Usia	75.0%	25.0%	100.0%
	Dewasa akhir (36-45 tahun)	Count	3	5	8
		% within Usia	37.5%	62.5%	100.0%
	Lansia awal (46-55 tahun)	Count	10	13	23
		% within Usia	43.5%	56.5%	100.0%
	Lansia akhir (56-65 tahun)	Count	18	13	31

	% within Usia	58.1%	41.9%	100.0%
Manula >65	Count	6	9	15
	% within Usia	40.0%	60.0%	100.0%
Total	Count	40	41	81
	% within Usia	49.4%	50.6%	100.0%

#### Jenis Kelamin \* Diagnosis Crosstabulation

			Diagnosis		Total
			Dengan Luka	Tanpa Luka	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	13	12	25
		% within Jenis Kelamin	52.0%	48.0%	100.0%
	Perempuan	Count	27	29	56
		% within Jenis Kelamin	48.2%	51.8%	100.0%
Total		Count	40	41	81
		% within Jenis Kelamin	49.4%	50.6%	100.0%

#### Jenis Perawatan \* Diagnosis Crosstabulation

			Diagnosis		Total
			Dengan Luka	Tanpa Luka	
Jenis Perawatan	Rawat jalan	Count	36	35	71
		% within Jenis Perawatan	50.7%	49.3%	100.0%
	Rawat Inap	Count	4	6	10
		% within Jenis Perawatan	40.0%	60.0%	100.0%
Total		Count	40	41	81
		% within Jenis Perawatan	49.4%	50.6%	100.0%

#### Status Pernikahan \* Diagnosis Crosstabulation

			Diagnosis		Total
			Dengan Luka	Tanpa Luka	
Status Pernikahan	Menikah	Count	40	40	80
		% within Status Pernikahan	50.0%	50.0%	100.0%
	Tidak menikah	Count	0	1	1
		% within Status Pernikahan	.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	40	41	81
		% within Status Pernikahan	49.4%	50.6%	100.0%

**Pekerjaan \* Diagnosis Crosstabulation**

			Diagnosis		Total
			Dengan Luka	Tanpa Luka	
Pekerjaan	Bekerja	Count	18	18	36
		% within Pekerjaan	50.0%	50.0%	100.0%
	Tidak Bekerja	Count	22	23	45
		% within Pekerjaan	48.9%	51.1%	100.0%
Total	Count		40	41	81
	% within Pekerjaan		49.4%	50.6%	100.0%

**Pendidikan Terakhir \* Diagnosis Crosstabulation**

			Diagnosis		Total
			Dengan Luka	Tanpa Luka	
Pendidikan Terakhir	Tidak tamat SD	Count	7	10	17
		% within Pendidikan Terakhir	41.2%	58.8%	100.0%
	SD	Count	5	3	8
		% within Pendidikan Terakhir	62.5%	37.5%	100.0%
	SMP	Count	8	7	15
		% within Pendidikan Terakhir	53.3%	46.7%	100.0%
	SMA	Count	10	14	24
		% within Pendidikan Terakhir	41.7%	58.3%	100.0%
	PT	Count	10	7	17
		% within Pendidikan Terakhir	58.8%	41.2%	100.0%
Total	Count		40	41	81
	% within Pendidikan Terakhir		49.4%	50.6%	100.0%

**Agama \* Diagnosis Crosstabulation**

			Diagnosis		Total
			Dengan Luka	Tanpa Luka	
Agama	Islam	Count	38	38	76
		% within Agama	50.0%	50.0%	100.0%
	Katolik	Count	0	1	1
		% within Agama	.0%	100.0%	100.0%
	Protestan	Count	2	2	4
		% within Agama	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Count	40	41	81
		% within Agama	49.4%	50.6%	100.0%

**Terapi Insulin \* Diagnosis Crosstabulation**

			Diagnosis		Total
			Dengan Luka	Tanpa Luka	
Terapi Insulin	Ya	Count	17	13	30
		% within Terapi Insulin	56.7%	43.3%	100.0%
	Tidak	Count	23	28	51
		% within Terapi Insulin	45.1%	54.9%	100.0%
Total		Count	40	41	81
		% within Terapi Insulin	49.4%	50.6%	100.0%

**Pertama kali didiagnosa DM \* Diagnosis Crosstabulation**

			Diagnosis		Total
			Dengan Luka	Tanpa Luka	
Pertama kali didiagnosa DM	Puskesmas	Count	16	17	33
		% within Pertama kali didiagnosa DM	48.5%	51.5%	100.0%
	Rumah Sakit	Count	16	12	28
		% within Pertama kali didiagnosa DM	57.1%	42.9%	100.0%

Praktek dokter	Count	3	3	6
	% within Pertama kali didiagnosa DM	50.0%	50.0%	100.0%
Apotik	Count	5	4	9
	% within Pertama kali didiagnosa DM	55.6%	44.4%	100.0%
Posyandu lansia	Count	0	5	5
	% within Pertama kali didiagnosa DM	.0%	100.0%	100.0%
Total	Count	40	41	81
	% within Pertama kali didiagnosa DM	49.4%	50.6%	100.0%

**Pernah mendapat edukasi tentang DM \* Diagnosis Crosstabulation**

			Diagnosis		Total
			Dengan Luka	Tanpa Luka	
Pernah mendapat edukasi tentang DM	Ya	Count	22	21	43
		% within Pernah mendapat edukasi tentang DM	51.2%	48.8%	100.0%
	Tidak	Count	18	20	38
		% within Pernah mendapat edukasi tentang DM	47.4%	52.6%	100.0%
Total		Count	40	41	81
		% within Pernah mendapat edukasi tentang DM	49.4%	50.6%	100.0%

**Nilai GDS \* Diagnosis Crosstabulation**

			Diagnosis		Total
			Dengan Luka	Tanpa Luka	
Nilai GDS	Rendah (<110 mg/dL)	Count	5	4	9
		% within Nilai GDS	55.6%	44.4%	100.0%
	Baik (110-145 mg/dL)	Count	5	5	10
		% within Nilai GDS	50.0%	50.0%	100.0%
	Sedang (145-179 mg/dL)	Count	28	28	56
		% within Nilai GDS	50.0%	50.0%	100.0%
	Buruk (>180 mg/dL)	Count	2	4	6
		% within Nilai GDS	33.3%	66.7%	100.0%
Total		Count	40	41	81
		% within Nilai GDS	49.4%	50.6%	100.0%

**Olahraga \* Diagnosis Crosstabulation**

			Diagnosis		Total
			Dengan Luka	Tanpa Luka	
Olahraga	Tidak Pernah	Count	35	25	60
		% within Olahraga	58.3%	41.7%	100.0%
	1x/pekan	Count	3	14	17
		% within Olahraga	17.6%	82.4%	100.0%
	3x/pekan	Count	0	1	1
		% within Olahraga	.0%	100.0%	100.0%
	4x/pekan	Count	1	0	1
		% within Olahraga	100.0%	.0%	100.0%
	5x/pekan	Count	0	1	1
		% within Olahraga	.0%	100.0%	100.0%
	7x/pekan	Count	1	0	1
		% within Olahraga	100.0%	.0%	100.0%
Total		Count	40	41	81
		% within Olahraga	49.4%	50.6%	100.0%

**Pendapatan \* Diagnosis Crosstabulation**

			Diagnosis		Total
			Dengan Luka	Tanpa Luka	
Pendapatan	Tidak ada	Count	20	24	44
		% within Pendapatan	45.5%	54.5%	100.0%
	>Rp.1.800.000	Count	17	11	28
		% within Pendapatan	60.7%	39.3%	100.0%
	<Rp.1.800.000	Count	3	6	9
		% within Pendapatan	33.3%	66.7%	100.0%
Total		Count	40	41	81
		% within Pendapatan	49.4%	50.6%	100.0%

**Skala Wagner Luka \* Diagnosis Crosstabulation**

			Diagnosis		Total
			Dengan Luka	Tanpa Luka	
Skala Wagner Luka	1	Count	0	41	41
		% within Skala Wagner Luka	.0%	100.0%	100.0%
	2	Count	3	0	3
		% within Skala Wagner Luka	100.0%	.0%	100.0%
	3	Count	14	0	14
		% within Skala Wagner Luka	100.0%	.0%	100.0%
	4	Count	12	0	12
		% within Skala Wagner Luka	100.0%	.0%	100.0%
	5	Count	7	0	7
		% within Skala Wagner Luka	100.0%	.0%	100.0%
	6	Count	4	0	4
		% within Skala Wagner Luka	100.0%	.0%	100.0%
Total		Count	40	41	81
		% within Skala Wagner Luka	49.4%	50.6%	100.0%

**Keluarga lain yang menderita DM \* Diagnosis Crosstabulation**

		Diagnosis		Total	
		Dengan Luka	Tanpa Luka		
Keluarga lain yang menderita DM	Ya	Count	25	25	50
		% within Keluarga lain yang menderita DM	50.0%	50.0%	100.0%
	Tidak	Count	15	16	31
		% within Keluarga lain yang menderita DM	48.4%	51.6%	100.0%
Total	Count	40	41	81	
	% within Keluarga lain yang menderita DM	49.4%	50.6%	100.0%	

**Gampang Stres \* Kelompok Crosstabulation**

			Kelompok		Total
			Dengan Luka	Tanpa Luka	
Gampang Stres	Ya	Count	30	21	51
		% within Kelompok	75.0%	51.2%	63.0%
	Tidak	Count	10	20	30
		% within Kelompok	25.0%	48.8%	37.0%
Total	Count	40	41	81	
	% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.568 <sup>a</sup>	2	.000
Likelihood Ratio	18.491	2	.000
Linear-by-Linear Association	16.185	1	.000
N of Valid Cases	81		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.98.

Tingkat Stres * Kelompok Crosstabulation				
Count		Kelompok		Total
		Dengan Luka	Tanpa luka	
Tingkat Stres	Normal	15	33	48
	Stres sedang	21	8	29
	Stres berat	4	0	4
Total		40	41	81

#### One-Sample Test

Item 1	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	12.599	39	.000	1.27500	1.0703	1.4797
Tanpa Luka	10.157	40	.000	1.58537	1.2699	1.9008

#### One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dengan Luka	40	1.2750	.64001	.10119
Tanpa Luka	41	1.5854	.99939	.15608

#### One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dengan Luka	40	3.9250	1.54235	.24387
Tanpa Luka	41	2.7073	1.12347	.17546

**One-Sample Test**

Item 2	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	16.095	39	.000	3.92500	3.4317	4.4183
Tanpa Luka	15.430	40	.000	2.70732	2.3527	3.0619

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dengan Luka	40	2.1000	1.41058	.22303
Tanpa Luka	41	1.4390	.67264	.10505

**One-Sample Test**

Item 3	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	9.416	39	.000	2.10000	1.6489	2.5511
Tanpa Luka	13.699	40	.000	1.43902	1.2267	1.6513

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dengan Luka	40	4.2500	1.54837	.24482
Tanpa Luka	41	2.1463	1.13051	.17656

**One-Sample Test**

Item 4	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	17.360	39	.000	4.25000	3.7548	4.7452
Tanpa Luka	12.157	40	.000	2.14634	1.7895	2.5032

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dengan Luka	40	1.2000	.46410	.07338
Tanpa Luka	41	1.7561	1.22026	.19057

**One-Sample Test**

Item 5	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	16.353	39	.000	1.20000	1.0516	1.3484
Tanpa Luka	9.215	40	.000	1.75610	1.3709	2.1413

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dengan Luka	40	1.6500	1.27199	.20112
Tanpa Luka	41	1.8293	1.39468	.21781

**One-Sample Test**

Item 6	Test Value = 0					
	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	8.204	39	.000	1.65000	1.2432	2.0568
Tanpa Luka	8.398	40	.000	1.82927	1.3891	2.2695

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dengan Luka	40	3.7250	1.58499	.25061
Tanpa Luka	41	1.9512	1.22375	.19112

**One-Sample Test**

Item 7	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	14.864	39	.000	3.72500	3.2181	4.2319
Tanpa Luka	10.210	40	.000	1.95122	1.5650	2.3375

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dengan Luka	40	2.1750	1.50021	.23720
Tanpa Luka	41	1.3415	.72835	.11375

**One-Sample Test**

Item 8	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	9.169	39	.000	2.17500	1.6952	2.6548
Tanpa Luka	11.793	40	.000	1.34146	1.1116	1.5714

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dengan Luka	40	1.0500	.22072	.03490
Tanpa Luka	41	1.0976	.37449	.05849

**One-Sample Test**

Item 9	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	30.087	39	.000	1.05000	.9794	1.1206
Tanpa Luka	18.766	40	.000	1.09756	.9794	1.2158

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dengan Luka	40	3.4500	1.44914	.22913
Tanpa Luka	41	2.0244	.93509	.14604

**One-Sample Test**

Item 10	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	15.057	39	.000	3.45000	2.9865	3.9135
Tanpa Luka	13.862	40	.000	2.02439	1.7292	2.3195

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dengan Luka	40	1.1750	.44650	.07060
Tanpa Luka	41	1.2683	.80698	.12603

**One-Sample Test**

Item 11	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	16.644	39	.000	1.17500	1.0322	1.3178
Tanpa Luka	10.063	40	.000	1.26829	1.0136	1.5230

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dengan Luka	40	2.2000	1.53923	.24337
Tanpa Luka	41	1.9512	1.13911	.17790

**One-Sample Test**

Item 12	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	9.040	39	.000	2.20000	1.7077	2.6923

**One-Sample Test**

Item 12	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	9.040	39	.000	2.20000	1.7077	2.6923
Tanpa Luka	10.968	40	.000	1.95122	1.5917	2.3108

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dengan Luka	40	1.0250	.15811	.02500
Tanpa Luka	41	1.1220	.45799	.07153

**One-Sample Test**

Item 13	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	41.000	39	.000	1.02500	.9744	1.0756
Tanpa Luka	15.686	40	.000	1.12195	.9774	1.2665

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dengan Luka	40	3.5500	1.76795	.27954
Tanpa Luka	41	2.2195	.96209	.15025

**One-Sample Test**

Item 14	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	12.700	39	.000	3.55000	2.9846	4.1154
Tanpa Luka	14.772	40	.000	2.21951	1.9158	2.5232

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dengan Luka	40	1.1750	.44650	.07060
Tanpa Luka	41	1.3171	.81973	.12802

**One-Sample Test**

Item 15	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	16.644	39	.000	1.17500	1.0322	1.3178
Tanpa Luka	10.288	40	.000	1.31707	1.0583	1.5758

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dengan Luka	40	1.9750	1.38652	.21923
Tanpa Luka	41	1.3659	.62274	.09726

**One-Sample Test**

Item 16	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	9.009	39	.000	1.97500	1.5316	2.4184
Tanpa Luka	14.044	40	.000	1.36585	1.1693	1.5624

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dengan Luka	40	1.0250	.15811	.02500
Tanpa Luka	41	1.0244	.15617	.02439

**One-Sample Test**

Item 17	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Dengan Luka	41.000	39	.000	1.02500	.9744	1.0756
Tanpa Luka	42.000	40	.000	1.02439	.9751	1.0737

Surat-surat



**PEMERINTAH PROPINSI SULAWESI SELATAN  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI MAKASSAR**

Alamat : Jl. Dg. Ngeppe No. 14 Makassar ,Telp. 855934 – 856091 Fax (0411)855934

**LEMBAR PENGANTAR**

NAMA : AYU LESTARI AMAN SYARIF .L  
NIM : 01 2114309  
Jurusan : SI KEPERAWATAN .  
Asal Kampus : UNIVERSITAS HASANUDDIN .  
Tanggal Penelitian : 5 APRIL - 5 MEI 2018 .  
Untuk Keperluan : ~~Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Skripsi / Tesis / Disertasi~~  
Judul Penelitian : STUDI KOMPARATIF STRES PSIKOSOSIAL PADA PENDERITA  
DIABETES MELLITUS TANPA LUKA & DE LUKA DI  
KOTA MAKASSAR .

Mohon bantuannya, Mahasiswa yang bersangkutan untuk penelitian dan pengambilan data di Rumah Sakit Umum Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan pada bagian :

1. RUMAH SAKIT I .
2. RUMAH SAKIT II .
3. AL - KAUTSAR
4. AD - DHUHA .
5. POLI INTERNA .
6. AR - RAODAH LT. 2 .

Atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan banyak terima kasih.

Makassar, 5 APRIL 2018

Kasie. Litbang



**SUPARMAN, S.Kep, Ns**  
Nip. 1973111 199303 1 006



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  
BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN

Nomor : 3657/S.01/PTSP/2018  
Lampiran :  
Perihal : Izin Penelitian

KepadaYth.  
1. Walikota Makassar  
2. Direktur RSUD Haji Makassar

di-  
Tempat

Berdasarkan surat Dekan Fak. Keperawatan UNHAS Makassar Nomor : 264/UN4.18.1/PL.00.00/2018 tanggal 28 Maret 2018 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

N a m a : AYU LESTARI AMAN SYARIF L.  
Nomor Pokok : C12114309  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)  
Alamat : Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :

**" STUDI KOMPARATIF STRES PSIKOSOSIAL PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS TANPA LUKA DAN DENGAN LUKA DI KOTA MAKASSAR "**

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 03 April s/d 02 Mei 2018

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami *menyetujui* kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar  
Pada tanggal : 03 April 2018

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN  
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU  
PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN  
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu

**A.M. YAMIN, SE., MS.**  
Pangkat : Pembina Utama Madya  
Nip : 19610513 199002 1 002

Tembusan Yth  
1. Dekan Fak. Keperawatan UNHAS Makassar di Makassar.  
2. *Peringgal*.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
FAKULTAS KEPERAWATAN

Jln. Perintis Kemerdekaan KM 10 Fakultas Kedokteran Lantai 5 Makassar  
TELP. 0411-586296, FAX. 0411 - 586296  
Laman e-mail keperawatan@unhas.ac.id

Nomor : 264/UN4 18.1/PL.00.00/2018  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

28 Maret 2018

Kepada Yth.  
Gubernur Propinsi Sulawesi Selatan  
cq. Kepala P2T BKPM D Propinsi Sul-Sel  
Jl. Bougenville No 5 Makassar Di - Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka penyelesaian studi Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin, maka dengan ini kami memohon agar mahasiswa tersebut namanya di bawah ini :

Nama : AYU LESTARI AMAN SYARIF L.  
Nim : C121 14 309  
Judul Penelitian : STUDI KOMPARATIF STRES PSIKOSOSIAL PADA PENDERITA  
DIABETES MELLITUS TANPA LUKA DAN DENGAN LUKA DI KOTA  
MAKASSAR

Dapat diberikan izin penelitian untuk penyusunan skripsi di RSUD Haji, Puskesmas Bara Baraya dan Puskesmas Kassi- Kassi pada Tgl. 02 April s/d. 02 Mei 2018.

Demikian atas bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.



Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D  
NIP. 19800717 200812 2 003

Tembusan :

1. Ketua Program Studi S1 Fakultas Keperawatan Unhas
2. Kepala Bagian Tata Usaha
3. Arsip



**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR**  
**DINAS KESEHATAN KOTA MAKASSAR**  
JL. TEDUH BERSINAR NO.1 MAKASSAR  
TELP. (0411) 81549 FAX (0411) 887710



Nomor : 440 / *Sw* /PSDSK/VI/2018  
Lampiran :  
Perihal : Penelitian

Kepada Yth,

1. Ka .Puskesmas Bara Baraya
2. Ka. Puskesmas kassi kassi

Di

Tempat

Sehubungan dengan surat dari Badan Kesatuan bangsa dan politik, no: surat :  
070/876 -II-BKBP/II/2017 , tanggal 6 April 2018 ,perihal tersebut diatas,maka bersama ini  
disampaikan kepada saudara bahwa :

Nama : Ayu Lestari Aman Syarif L  
NIM : C12114309  
Jurusan : Keperawatan  
Institusi : UNHAS Makassar  
Judul : Studi Komparatif stress Psikososial pada penderita Diabetes  
Mellitus tanpa luka dan dengan luka di kota Makassar

Akan melaksanakan penelitian,di wilayah kerja saudara pada tanggal 3 April s/d s/d  
2 mei 2018 . Demikianlah disampaikan ,agar diberikan bantuan seperlunya.Atas  
kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Makassar, 9 April 2018  
Kepala Dinas kesehatan  
Kota Makassar



Dr.Hj.A.Narsyah T Azikin.M.Kes  
Nip.19601014198902 2 001



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR  
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Ahmad Yani No 2 Makassar 90111  
Telp +62411 – 3615867 Fax +62411 – 3615867  
Email [Kesbang@makassar.go.id](mailto:Kesbang@makassar.go.id) Home page <http://www.makassar.go.id>



Makassar, 03 April 2018

K e p a d a

Nomor : 070 / 008 -II/BKBP/IV/2018  
Sifat :  
Perihal : Izin Penelitian

Yth. KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA MAKASSAR

Di -

MAKASSAR

Dengan Hormat,

Menunjuk Surat dari Kepala Dinas Koordinasi Penanaman Modal Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor : 3657/S.01/PTSP/2018 Tanggal 03 April 2018, Perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada Bapak bahwa:

NAMA : AYU LESTARI AMAN SYARIF L  
NIM/ Jurusan : C12114309 / Ilmu Keperawatan  
Pekerjaan : Mahasiswa (S1) UNHAS  
Alamat : Jl. Perintis Kemerdekaan Km.10 , Makassar  
Judul : "STUDI KOMPARATIF STRES PSIKOSOSIAL PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS TANPA LUKA DAN DENGAN LUKA DI KOTA MAKASSAR"

Bermaksud mengadakan *Penelitian* pada Instansi / Wilayah Bapak, dalam rangka *Penyusunan Skripsi* sesuai dengan judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal 03 April s/d 02 Mei 2018.

Sehubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya kami dapat **menyetujui dengan memberikan surat rekomendasi izin penelitian ini** dan harap diberikan bantuan dan fasilitas seperlunya.

Demikian disampaikan kepada Bapak untuk dimaklumi dan selanjutnya yang bersangkutan melaporkan hasilnya kepada Walikota Makassar Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik.

A.n. WAKIL  
KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK  
Ub. S. ETNIS  
BADAN KESATUAN  
BANGSA DAN POLITIK  
DIS. AHMAD NAMSUM, MM.  
Pangkat : Penata Tk. I  
NIP : 19670524 200604 1 004

**Tembusan :**

1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Prop. Sul – Sel. di Makassar;
2. Kepala Unit Pelaksana Teknis P2T Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Prop. Sul Sel di Makassar;
3. Dekan Fak. Keperawatan UNHAS Makassar di Makassar;
4. Mahasiswa yang bersangkutan;
5. Arsip



