

**Skripsi**  
**IDENTIFIKASI PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PENGGUNAAN**  
**ALAS KAKI YANG TEPAT PADA PASIEN BERESIKO LUKA KAKI**  
**DIABETES DI KOMUNITAS**

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



**Disusun oleh:**

**NIKMA**

**R011191040**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**MAKASSAR**

**2021**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Judul Skripsi

**IDENTIFIKASI PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PENGGUNAAN  
ALAS KAKI YANG TEPAT PADA PASIEN BERESIKO LUKA KAKI  
DIABETES DI KOMUNITAS**

UNIVERSITAS HASANUDDIN

**NIKMA  
(R011191040)**

Disetujui Untuk diajukan di hadapan Tim Penguji Hasil Penelitian  
Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas  
Hasanuddin

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



**Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHS.,Ph.D**

**NIK: 197810262018073001**



**Andi Fajrin Permana,S.Kep.,Ns.,MSc**

**NIK : 199212062019015001**

HALAMAN PENGESAHAN

IDENTIFIKASI PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PENGGUNAAN  
ALAS KAKI YANG TEPAT PADA PASIEN BERESIKO LUKA KAKI DIABETES DI  
KOMUNITAS

Telah dipertahankan dihadapan Selang Tim Penguji Akhir

Hari/Tanggal: Selasa/06 Juli 2021

Jam : 10.00 Wita- Selesai

Tempat : Via Online

Disusun oleh :

NIKMA


R011191040

Dan yang bersangkutan dinyatakan

**LULUS**


Dosen Pembimbing

Pembimbing I

  
Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHS.,Ph.D

NIK : 197810262018073001

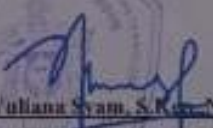
Pembimbing II

  
Andi Fajrin Permana, S.Kep.,Ns.,MSc

NIK : 199212062019015001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

  
Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Si

Nip. 19760618 200212 2 002

## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Nikma

Nima: R011191040

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini banar-banar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 14 Juli 2021

Yang membuat pernyataan



Nikma

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan hidayah-NYA sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Evaluasi Pengetahuan Perawat Tentang Penggunaan Alas Kaki Yang Tepat Pada Pasien Berisiko Luka Kaki Diabetes di Komunitas”.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada program studi ilmu keperawatan Universitas Hasanuddin. Dalam penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan serta kerjasama dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini dengan penuh kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pubulu, MA., selaku rector Universitas Hasanuddin
2. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
4. Bapak Akbar Harisa, S.Kep.,Ns.,MN selaku dosen pembimbing akademik yang telah membimbing selama perkuliahan di Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

5. Bapak Saldy Yusuf, S.Kep Ns.,MHS.,Ph.D selaku pembimbing satu yang yang senantiasa memberikan masukan dan arahan dalam penyempurnaan skripsi ini.
6. Bapak Andi Fajrin Permana, S.Kep.,Ns.,MSc selaku pembimbing dua yang senantiasa memberikan masukan dan arahan dalam penyempurnaan skripsi ini.
7. Bapak Dr.Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes sebagai penguji satu yang banyak memberikan saran dan masukan saat ujian proposal dan ujian hasil.
8. Ibu Wa Ode Nur Isnah S.,S.Kep.,Ns.,M.Kes sebagai penguji dua yang banyak memberikan saran dan masukan saat ujian proposal dan hasil.
8. Seluruh Dosen dan staf Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah membantu penulis selama proses perkuliahan dan penyusunan skripsi ini.
9. Rekan-rekan Kelas Kerjasama angkatan 2019 yang telah banyak memberi dukungan selama penyusunan skripsi ini.
10. Keluarga tercinta terkhususnya ayah, ibu, suami dan anak-anak tercinta yang telah memberikan dorongan baik materi maupun moril bagi penulis selama mengikuti pendidikan dan menyusun skripsi ini.
11. PPSDM KEMENKES yang telah memberikan kesempatan dan pembiayaan pendidikan kepada penulis selama proses perkuliahan dan penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca untuk kesempurnaan skripsi ini.

Ampana, 6 Juni 2021

Nikma

## ABSTRAK

Nikma: R011191040 **Identifikasi pengetahuan perawat tentang penggunaan alas kaki yang tepat pada pasien beresiko luka kaki diabetes di komunitas**, dibimbing oleh Saldy Yusuf, S.Kep Ns.,MHS.,Ph.D dan Andi Fajrin Permana, S.Kep.,Ns.,MSc.

**Latar Belakang:** Penderita DM kronik beresiko mengalami komplikasi diabetes. Salah satu komplikasi DM adalah LKD dan salah satu faktor penyebabnya adalah penggunaan alas kaki yang tidak tepat, ditambah lagi dengan adanya neuropati perifer, keterbatasan sendi serta deformitas atau kelainan bentuk kaki. Persentase penderita diabetes mellitus di dunia diperkirakan akan meningkat pada tahun 2030 sebesar 10,2% (578 juta orang).

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi tingkat pengetahuan perawat yang bekerja di Puskesmas yang ada di kabupaten Tojo Una – Una tentang penggunaan alas kaki yang tepat untuk pasien beresiko terjadinya luka kaki diabetes.

**Metode:** penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan metode penelitian deskriptif dengan pendekatan survei. Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner yang terdiri dari 29 item pernyataan. Sampel pada penelitian ini berjumlah 135 orang dari 204 orang populasi perawat yang ada di Kabupaten Tojo Una-Una dengan menggunakan teknik *Accidental sampling*.

**Hasil:** penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan perawat tentang topik penggunaan alas kaki yang tepat untuk pasien DM, perawat dengan tingkat pendidikan Ners maupun DIII keperawatan memiliki pengetahuan yang baik ( $16.38 \pm 1.620$ ). Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan perawat tentang penggunaan alas kaki, perawat yang memiliki sertifikat wound maupun yang belum memiliki sertifikat memiliki pengetahuan yang baik tentang penggunaan alas kaki ( $7.50 \pm 1.723$ ).

**Kesimpulan dan Saran:** Mayoritas responden memiliki pengetahuan baik tentang penggunaan alas kaki yang tepat pada pasien beresiko LKD. Puskesmas sebagai tempat penyelenggara kesehatan masyarakat yang lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif diharapkan untuk lebih meningkatkan dan terus memperbaharui pengetahuan tenaga kesehatan khususnya perawat melalui pelatihan maupun seminar tentang luka DM sehingga dapat berbagi informasi kepada rekan sejawat lain. .

**Kata Kunci:** Diabetes Melitus (DM), luka Kaki Diabetes (LKD), Alas Kaki

**Sumber Referensi:** 23 kepustakaan (2011-2019)



## ABSTRACT

Nikma: R011191040 **Identification of nurses' knowledge about the use of appropriate footwear in patients at risk of diabetic foot ulcers in the community**, guided by Saldy Yusuf, S.Kep Ns., MHS., Ph.D and Andi Fajrin Permana, S.Kep., Ns. ,MSc.

**Background:** Patients with chronic DM are at risk of developing diabetes complications. One of the complications of DM is LKD and one of the contributing factors is the use of inappropriate footwear, coupled with the presence of peripheral neuropathy, joint limitations and foot deformities or deformities. The percentage of people with diabetes mellitus in the world is estimated to increase by 2030 by 10, 2% (578 million people).

**Objective:** This study aims to identify the level of knowledge of nurses who work in Public health in Tojo Una – Una district about the use of appropriate footwear for patients at risk for diabetic foot ulcers.

**Methods:** this research is a quantitative research using descriptive research method with a survey approach. The instrument used in this study was a questionnaire consisting of 29 statement items. The sample in this study amounted to 135 people from the 204 population of nurses in Tojo Una-Una Regency using accidental sampling technique.

**Results:** This study shows that the level of knowledge of nurses on the topic of using appropriate footwear for DM patients, nurses with a nursing education level and DIII nursing have good knowledge ( $16.38 \pm 1.620$ ). The results of this study also indicate that the level of knowledge of nurses about the use of footwear, nurses who have a wound certificate and those who do not have a certificate have good knowledge about the use of footwear ( $7.50 \pm 1.723$ ).

**Conclusions and Suggestions:** The majority of respondents have good knowledge about the use of appropriate footwear in patients at risk of LKD. Public health as a place for public health providers who prioritize promotive and preventive efforts are expected to further improve and continue to update the knowledge of health workers, especially nurses through training and seminars on DM wounds so that they can share information with other colleagues.

**Keywords:** Diabetes Mellitus (DM), Diabetic Foot Wound (LKD), Footwear

**Reference Source:** 23 bibliography (2011-2019)

## Daftar Isi

<b>Daftar isi</b> .....	vii
<b>Daftar Tabel</b> .....	x
<b>Daftar Bagan</b> .....	xi
<b>BAB I Pendahuluan</b> .....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan.....	6
D. Manfaat.....	7
<b>BAB II Tinjauan Pustaka</b> .....	8
A. Konsep Luka kaki Diabetes.....	8
1. Definisi.....	8
2. Patogenesis.....	8
3. Diagnosis.....	9
4. Klasifikasi .....	10
5. Penatalaksanaan.....	14
B. Peran dan fungsi perawat dalam penanganan pasien DM di komunitas.....	15
C. Konsep alas kaki.....	20
1. Definisi .....	20

2. Penggunaan alas kaki.....	20
3. Syarat alas kaki.....	22
D. konsep P2PTM di komunitas.....	24
1. POSBINDU .....	24
2. PROLANIS.....	25
E. Konsep pengetahuan .....	31
1. Definisi.....	31
2. Cara memperoleh pengetahuan .....	31
3. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan.....	32
4. Cara mengukur pengetahuan.....	33
F. Kerangka teori.....	34
<b>BAB III Kerangka Konsep.....</b>	<b>35</b>
<b>BAB IV Metodologi Penelitian.....</b>	<b>36</b>
A. Rancangan Penelitian.....	36
B. Tempat dan waktu pelaksanaan.....	36
C. Populasi, sampel dan Teknik sampling.....	36
1. Populasi.....	36
2. Sampel.....	37
3. Teknik sampling.....	37
D. Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	38
1. Kriteria Inklusi.....	38

2. Kriteria Eksklusi.....	39
E. Alur Penelitian.....	39
F. Definisi Operasional.....	40
G. Instrumen Penelitian .....	44
H. Uji Validitas dan Reabilitas.....	45
I. Pengumpulan data .....	46
J. Pengolahan data dan Analisa data.....	47
K. Masalah etika.....	48
<b>BAB V. Hasil Dan Pembahasan.....</b>	<b>50</b>
A. Hasil.....	50
B. Pembahasan.....	55
C. Keterbatasan Penelitian.....	59
<b>BAB VI. Kesimpulan dan Saran.....</b>	<b>60</b>
A. Kesimpulan.....	60
B. Saran.....	60
<b>Daftar Pustaka.....</b>	<b>62</b>
<b>Daftar Lampiran.....</b>	<b>66</b>

## Daftar Tabel

Tabel 1. Klasifikasi PEDIS pada LKD.....	10
Tabel 2. Klasifikasi luka kaki diabetik (wagner).....	10
Tabel 3. Derajat infeksi pada LKD.....	11
Tabel 4. Definisi operasional .....	41
Tabel 1. Distribusi karakteristik demografi.....	51
Tabel 2. Distribusi pengetahuan perawat tentang penggunaan alas kaki di Kabupaten Tojo Una-Una .....	53
Tabel 3. Distribusi kategori pengetahuan perawat tentang penggunaan alas kaki dan faktor resiko LKD di kabupaten Tojo Una-Una berdasarkan pendidikan..	54
Tabel 4. Distribusi kategori pengetahuan perawat tentang penggunaan alas kaki dan faktor resiko LKD di Kabupaten Tojo Una-Una berdasarkan sertifikat.....	55

## Daftar Bagan

Bagan 1. Kerangka teori .....	34
Bagan 2. Kerangka konsep .....	35
Bagan 3. Alur penelitian .....	39

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Diabetes mellitus (DM) adalah penyakit kronis yang diakibatkan oleh organ pankreas yang tidak menghasilkan cukup insulin atau saat tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya (Kemenkes RI, 2018).

Diabetes melitus menyebabkan tambahan 2,2 juta kematian di dunia. Persentase penderita diabetes mellitus diperkirakan akan meningkat pada tahun 2030 sebesar 10,2% (578 juta orang) (Saeedi et al.,2019). Di Indonesia prevalensi DM meningkat sebesar 2% (21,3 orang) pada tahun 2018 pada usia lebih dari 15 tahun berdasarkan diagnosa dokter. Prevalensi DM di Sulawesi Tengah dari 1,6% pada tahun 2013 meningkat menjadi 2,2% pada tahun 2018. Prevalensi penderita DM di Tojo Una-Una berdasarkan diagnosa dokter sebesar 1,31% dan berada di urutan ke Sembilan di Sulawesi Tengah untuk kasus DM (Riskesdas, 2018). Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia, Sulawesi Tengah adalah provinsi dengan capaian terendah pada aspek pelayanan sesuai standar pada penderita DM yaitu sebesar 0% (Kemenkes RI, 2019b).

Penderita DM kronik berisiko mengalami komplikasi diabetes. Komplikasi yang terjadi pada penderita diabetes berupa makrovaskuler dan mikrovaskuler (Pal, 2014). Komplikasi makrovaskuler adalah terjadinya penyumbatan pada pembuluh darah besar seperti jantung, otak dan penyumbatan pembuluh darah di

ekstremitas bawah yang menyebabkan luka di kaki yang menjadi penyebab utama amputasi. Komplikasi mikrovaskuler adalah terjadinya penyumbatan pada pembuluh darah kecil seperti pada organ ginjal dan mata (Yuhelma., Hasneli., & Nauli, 2015)

Penderita DM yang mengalami komplikasi luka kaki diabetes (LKD) sebanyak 6 % dan sebanyak 0,3% sampai 1,5% diantaranya harus diamputasi (Chauchard, Cousty-Pech, & Martini, 2017). Persentase kejadian luka kaki diabetes di negara barat sebanyak 2% (Pal, 2014). Data penderita LKD yang dirawat di Rumah Sakit Ampana berdasarkan diagnosa dokter adalah sebanyak 106 orang (RSUD ampana, 2019). Penderita LKD memerlukan biaya lima kali lebih besar untuk perawatan luka dibandingkan dengan penderita DM yang belum menderita LKD (IDF, 2019).

Penderita Luka kaki diabetes (LKD) terjadi berulang pada pasien yang mengalami diabetes lebih dari 10 tahun, dan lokasi luka kebanyakan pada area ekstremitas bawah (Marissa & Ramadhan, 2017). Salah satu cara untuk mencegah LKD adalah dengan penggunaan alas kaki yang tepat (Everett & Mathioudakis, 2018). Cara lain dengan menghindari berjalan tanpa alas kaki baik didalam maupun diluar ruangan, menggunakan kaos kaki yang nyaman dan tidak ketat, menghindari penggunaan sepatu atau sandal dengan tepian tajam, selalu melihat dan meraba bagian dalam sepatu atau sandal sebelum digunakan (Soelistijo et al., 2019) dan penggunaan alas kaki yang tepat. Alas kaki yang direkomendasikan untuk penderita DM adalah sepatu atau sandal yang tertutup



beserta ukuran panjangnya dilebihkan 1 sampai 2 cm dari panjang kaki, untuk ukuran lebar sama dengan lebar kaki dan begitu pula dengan di daerah sendi metatarsophalangeal (Isip, Guzman, & Ebison, 2016). Hasil penelitian menyatakan bahwa terdapat hubungan antara penggunaan alas kaki yang tepat dengan kejadian luka kaki diabetes dengan menggunakan uji fisher exact test yang dilakukan pada 34 orang responden (Risman, Supardi, & Jamaluddin, 2019).

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan no. 43 tahun 2016 tentang standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan untuk pemerintah daerah, untuk itu Direktorat Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) membuat kebijakan dan strategi pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular (PTM) yaitu: Advokasi, kerjasama, bimbingan dan manajemen PTM, promosi, pencegahan dan pengurangan faktor risiko PTM melalui pemberdayaan masyarakat, penguatan kapasitas dan kompetensi pelayanan kesehatan, serta kolaborasi sektor swasta dan professional, penguatan surveilans, pengawasan dan riset PTM (Kemenkes RI, 2019a).

Kegiatan program PTM dan PROLANIS dilaksanakan di pusat kesehatan masyarakat (PUSKESMAS) meliputi aktivitas konsultasi atau edukasi, home care, aktivitas klub dan pemantauan status kesehatan (Kemenkes RI, 2019). Peran aktif perawat Puskesmas sebagai promotif dan preventif dalam melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan menjadi sangat penting termasuk juga tindakan pencegahan

komplikasi DM yang salah satunya adalah LKD dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga dan masyarakat tentang pentingnya penggunaan alas kaki yang tepat dan deteksi dini kaki diabetes sebagai upaya pencegahan komplikasi LKD. Pengetahuan perawat komunitas tentang edukasi, deteksi dini dan cara pencegahan LKD sangat penting dalam mendiagnosa kaki diabetes sehingga dapat mengurangi angka morbiditas dan mortalitas pada penderita LKD.

Program P2PTM dilaksanakan secara terpadu dengan melaksanakan POSBINDU di wilayah kerja PUSKESMAS masing-masing. Kegiatan yang dilakukan meliputi: pengukuran indeks massa tubuh, tinggi badan, berat badan, lingkar lengan atas dan lingkar perut, pengecekan tekanan darah, gula darah, kolesterol, wawancara dan deteksi risiko dan konsultasi/edukasi, senam lansia setiap satu bulan sekali (Kemenkes RI, 2019a).

Pengetahuan perawat untuk mendeteksi risiko kaki diabetes secara dini sangat penting dalam mendiagnosa kaki diabetes sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas akibat luka kaki diabetes. Perawat yang tidak memiliki pengetahuan yang baik tentunya tidak akan dapat melaksanakan perannya sebagai konselor/edukator dengan baik. Penelitian yang dilakukan di salah satu Rumah Sakit di Makassar dengan jumlah responden 175 orang perawat didapatkan bahwa sebanyak 64 orang (64%) perawat dengan pendidikan Diploma III memiliki pengetahuan yang minim pada kategori penggunaan alas kaki yang tepat (Yusuf, Gaffar, & Hatta, 2019). Hasil wawancara peneliti

dengan 20 orang perawat Puskesmas yaitu 5 orang dari puskesmas Ampana Tete dan 2 orang dari puskesmas Ampana Barat, 5 orang dari puskesmas Ampana Timur, 2 orang dari puskesmas Matako, 2 orang dari puskesmas Tombiano, 2 orang dari puskesmas Dataran Bulan, dan 2 orang dari puskesmas Dolong mengatakan belum mengetahui tentang alas kaki yang tepat untuk pasien DM. Berdasarkan latar belakang diatas penulis ingin melakukan penelitian di daerah tempat tinggal peneliti yaitu di Kabupaten Tojo Una–Una dengan judul **“Evaluasi Pengetahuan Perawat Tentang Penggunaan Alas Kaki Yang Tepat Pada Pasien Beresiko Luka Kaki Diabetes di Komunitas”**

## **B. RUMUSAN MASALAH**

Peningkatan jumlah penderita DM akan meningkatkan jumlah penderita luka kaki diabetes (LKD). Penderita DM yang mengalami komplikasi luka kaki diabetes (LKD) sebanyak 6 % dan sebanyak 0.3% sampai 1.5% diantaranya harus diamputasi untuk itu pengetahuan perawat komunitas tentang edukasi, deteksi dini dan cara pencegahan LKD sangat penting dalam mendiagnosa kaki diabetes sehingga dapat mengurangi angka morbiditas dan mortalitas pada penderita LKD namun dari hasil penelitian didapatkan bahwa perawat dengan pendidikan Diploma III masih minim pengetahuan pada kategori penggunaan alas kaki yang tepat. Hasil wawancara peneliti dengan 20 orang perawat Pusat Kesehatan masyarakat ( PUSKESMAS) yaitu 5 orang dari puskesmas Ampana Tete dan 2 orang dari puskesmas Ampana Barat, 5 orang dari puskesmas

Ampana Timur, 2 orang dari puskesmas Matakko, 2 orang dari puskesmas Tombiano, 2 orang dari puskesmas Dataran Bulan, dan 2 orang dari puskesmas Dolong mengatakan belum mengetahui tentang alas kaki yang tepat untuk pasien DM sehingga untuk memberikan edukasi lebih banyak dilakukan oleh dokter dibandingkan perawat. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian untuk mengidentifikasi bagaimana pengetahuan perawat tentang penggunaan alas kaki yang tepat pada pada pasien beresiko luka kaki diabetes di Komunitas?

### **C. TUJUAN PENELITIAN**

#### 1. Tujuan umum:

Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi tingkat pengetahuan perawat yang bekerja di Puskesmas yang ada di kabupaten Tojo Una – Una tentang penggunaan alas kaki yang tepat untuk pasien beresiko terjadinya luka kaki diabetes.

#### 2. Tujuan khusus:

1. Mengetahui data karakteristik demografi perawat puskesmas di Tojo Una – Una.
2. Mengidentifikasi pengetahuan perawat di Puskesmas di kabupaten Tojo Una - Una tentang penggunaan alas kaki yang tepat untuk pasien DM.

## **D. MANFAAT PENELITIAN**

Manfaat dari Penelitian ini sebagai berikut:

### 1. Secara teoritis

Penelitian ini dapat menjadi sumber referensi dalam pengembangan ilmu keperawatan serta sebagai bahan masukan khususnya penggunaan alas kaki yang tepat untuk pencegahan luka kaki diabetes di komunitas.

### 2. Secara praktis

#### a. Bagi peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pengalaman tentang penggunaan alas kaki yang tepat pada pasien diabetes untuk mencegah luka kaki diabetes.

#### b. Bagi Puskesmas

Penelitian ini sebagai bahan evaluasi sumber daya manusia (SDM) utamanya tenaga perawat yang bekerja di lingkup Puskesmas tempat pelaksanaan penelitian.

#### c. Bagi masyarakat

Pengetahuan perawat yang baik tentang penggunaan alas kaki yang tepat tentunya akan mampu memberikan pendidikan kesehatan secara tepat tentang cara penggunaan alas kaki yang tepat sehingga diharapkan mampu mengurangi angka kejadian luka kaki diabetes di daerah tempat dilaksanakan penelitian.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Luka Kaki Diabetes**

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

Luka kaki diabetes adalah salah satu komplikasi yang terjadi pada pasien diabetes yang ditandai oleh adanya penyakit arteri perifer, kerusakan neuropati sensori dan motorik dan gangguan saraf otonom serta adanya trauma berulang pada kaki (ADA, 2018). Luka kaki diabetes adalah “luka kronik pada daerah dibawa pergelangan kaki, yang meningkatkan morbiditas, mortalitas dan mengurangi kualitas hidup pasien diabetes”(Soelistijo et al., 2019). Sehingga dapat disimpulkan bahwa luka kaki diabetes adalah luka yang terdapat pada daerah dibawah pergelangan kaki atau tungkai yang disebabkan oleh adanya penyakit arteri perifer, neuropati sensorik dan motorik, otonom serta adanya trauma berulang pada kaki akan mengurangi kualitas hidup pada pasien diabetes.

##### **2. Patogenesis**

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan LKD adalah: hiperglikemia kronik, neuropati perifer, keterbatasan sendi serta deformitas atau kelainan bentuk kaki. Perubahan fisiologis yang disebabkan oleh hiperglikemia jaringan ekstremitas bawah akan menghambat pertukaran oksigen dalam

darah dan adanya penyakit pembuluh darah arteri perifer sehingga memicu terjadinya kerusakan pada sistem saraf otonom dan hal tersebut akan berdampak pada proses metabolic, kondisi mekanik dan kompresi kompartemen tungkai bawah (Soelistijo et al., 2019). Proses glikosilasi kolagen dapat menyebabkan penebalan pada struktur partikel seperti tendon, ligamen dan kapsul sendi sehingga menyebabkan keterbatasan gerakan sendi yang pada akhirnya dapat menyebabkan deformitas. Pada kondisi ini apabila kaki mendapatkan tekanan terus menerus dapat menyebabkan LKD (Soelistijo et al., 2019).

### 3. Diagnosis

Penderita diabetes tipe 2 yang memiliki resiko tinggi LKD dapat dideteksi secara dini dengan anamnesis secara rinci meliputi: Riwayat keluhan kaki, riwayat merokok, penyakit lain yang diderita, riwayat ulkus, trauma, dan amputasi. Pemeriksaan fisik yaitu pemeriksaan bentuk kaki, adanya neuropati, kelainan vaskuler dan tanda infeksi (ADA, 2018). Pemeriksaan neuropati sensorik dilakukan dengan menggunakan monofilament semmes- weinstein 10 g yang ditambahkan dengan pemeriksaaan seperti pemeriksaan menggunakan garputala pada frekuensi 128 Hz, tes refleks pada tumit, pinpir dengan memakai jarum. Menurut soelistijo, dkk (2019) Deteksi dini dilakukan dengan melihat karakteristik:

- 1) Kulit kaku yang kering, bersisik, dan retak-retak serta kaku

- 2) Rambut kaki yang menipis
- 3) Kelainan bentuk dan warna kuku (kuku yang menebal, rapuh, ingrowing nail).
- 4) Kalus (mata ikan) terutama di bagian telapak kaki.
- 5) Perubahan bentuk jari-jari dan telapak kaki dan tulang- tulang kaki yang menonjol.
- 6) Bekas luka atau riwayat amputasi jari-jari
- 7) Kaki baal, kesemutan, atau tidak terasa nyeri.
- 8) Kaki yang terasa dingin
- 9) Perubahan warna kulit kaki (kemerahan, kebiruan, atau kehitaman).

### 3. Klasifikasi Kaki Diabetes

Klasifikasi kaki diabetes dibagi menjadi 2 yaitu :

#### 1) Kaki diabetes tanpa luka

Penderita diabetes tanpa luka kaki dapat dilakukan edukasi tentang pencegahan LKD agar tidak sampai mengalami LDK. Hal- hal yang perlu untuk di edukasikan adalah :

- a. Hindari berjalan tanpa alas kaki di dalam ataupun luar ruangan
- b. Hindari penggunaan sepatu tanpa kaus kaki.
- c. Tidak disarankan penggunaan zat kimia ataupun plasters untuk membuang kalus.



- d. Inspeksi dan palpasi harian perlu dilakukan pada bagian dalam sepatu. Jangan menggunakan sepatu ketat atau dengan tepi tajam.
- e. Penggunaan minyak dan krim pelembab dapat diberikan pada kulit kering, tetapi tidak pada sela-sela jari kaki.
- f. Penggantian kaus kaki setiap hari.
- g. Hindari penggunaan kaus kaki yang ketat atau setinggi lutut.
- h. Kuku kaki dipotong tegak lurus.
- i. Kalus dan kulit yang menonjol harus dipotong di layanan kesehatan,
- j. Kewaspadaan pasien untuk memastikan kaki diperiksa secara teratur oleh penyedia layanan kesehatan.
- k. Memberitahukan penyedia layanan kesehatan apabila terdapat luka pada kaki

2) Kaki diabetes dengan luka

Komplikasi yang sering terjadi akibat kondisi hiperglikemia pada penderita diabetes adalah terjadinya LKD. LKD ini diklasifikasikan lagi menggunakan kriteria yang dijelaskan pada tabel berikut :

Tabel 1. Klasifikasi PEDIS pada LKD

	Nilai	Interpretasi
Perfusion	0	Tidak ada Peripheral Artery Disease ( PAD)
	1	PAD positif namun tidak ada : Critical Limb Ischemia ( CLI)
		CLI positif

	2	
Extent/size in mm <sup>3</sup>	0	Kulit intak
	1	< 1 cm <sup>2</sup>
	2	1-3 cm <sup>2</sup>
	3	> 3 cm <sup>2</sup>
Depth/tissue loss	0	Kulit intak
	1	Superfisial, tidak sampai dermis
	2	Ulkus dalam di bawah dermis melibatkan jaringan subkutan, fascia, otot atau tendon
	3	Melibatkan seluruh lapisan kaki hingga tulang dan/atau sendi
Infection	0	Tidak ada infeksi
	1	Infeksi kulit dan jaringan subkutan
	2	Abses, fasciitis atau artritis septik
	3	Systemic Inflammatory Response Syndrome ( SIRS)
Sensation	0	Normal
	1	Hilangnya sensasi sensorik

(Soelistijo et al., 2019)

Tabel 2. Klasifikasi luka kaki diabetik (wagner)

Derajat	klasifikasi
0	Kulit kaki intak, dapat disertai deformitas atau selulitis Ulkus
1	Ulkus superfisial pada kulit dan jaringan subkutan Ulkus

2	Ulkus meluas ke ligamen, tendon, kapsul sendi atau fascia dalam tanpa adanya abses atau osteomyelitis
3	Ulkus dalam dengan osteomyelitis atau abses gangrene
4	Gangren pada sebagian kaki bagian depan atau tumit
5	Gangren ekstensif yang melingkupi seluruh kaki.

(Soelistijo et al., 2019)

Tabel 3. Derajat infeksi pada LKD

Derajat infeksi	Gambaran klinis
Derajat 1( tidak terinfeksi )	Tidak ada kelainan
Derajat 2 ( ringan )	Derajat 2 (ringan) Lesi superfisial, dengan minimal 2 dari kriteria berikut: Teraba hangat di sekitar luka , Eritema > 0,5-2 cm, Nyeri lokal , Indurasi/bengkak local, Sekret purulent, Penyebab inflamasi lain harus disingkirkan
Derajat 3 ( sedang )	Eritema > 2 cm serta satu dari temuan: Infeksi yang menyerang jaringan di bawah kulit/jaringan subkutan, Tidak ada respons inflamasi sistemik
Derajat 4 ( berat )	Minimal 2 dari tanda respons sistemik : Temperatur > 39o C atau < 36o , Frekuensi nafas > 90 x/menit, PaCO2 < 32 mmHg, Leukosit > 12.000 atau < 4.000 U/L, Limfosit imatur > 10%

(Soelistijo et al., 2019).

#### 4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kaki diabetes yang belum memiliki luka dapat dicegah dengan penyuluhan, mengetahui faktor resiko, pemeriksaan kaki, senam kaki, penggunaan alas kaki yang tepat, kontrol gula darah (Soelistijo et al., 2019). Sementara untuk penatalaksanaan luka kaki diabetes dilakukan dengan manajemen luka kaki diabetes yaitu :

- a. Kendali metabolik (metabolic control): Pengendalian keadaan metabolik sebaik mungkin seperti pengendalian kadar glukosa darah, lipid, albumin, hemoglobin dan sebagainya.
- b. Kendali vaskuler (vascular control): Perbaikan asupan vaskular (dengan operasi atau angioplasti), biasanya dibutuhkan pada keadaan ulkus iskemik.
- c. Kendali infeksi (infection control): Pengobatan infeksi harus diberikan secara agresif jika terlihat tanda-tanda klinis infeksi. Kolonisasi pertumbuhan organisme pada hasil usap, namun tidak disertai tanda-tanda klinis, bukan merupakan infeksi.
- d. Kendali luka (wound control): Pembuangan jaringan terinfeksi dan nekrosis secara teratur. Perawatan lokal pada luka, termasuk kontrol infeksi, dengan konsep TIME:
  - Tissue debridement (membersihkan luka dari jaringan mati)
  - Inflammation and Infection Control (kontrol inflamasi dan infeksi)
  - Moisture Balance (menjaga keseimbangan kelembaban)

- Epithelial edge advancement (mendekatkan tepi epitel)
- e. Kendali tekanan (pressure control): Mengurangi tekanan karena tekanan yang berulang dapat menyebabkan ulkus, sehingga harus dihindari. Hal itu sangat penting dilakukan pada ulkus neuropati. Pembuangan kalus dan memakai sepatu dengan ukuran yang sesuai diperlukan untuk mengurangi tekanan (Soelistijo et al., 2019).

## **B. Peran Dan Fungsi Perawat Dalam Penanganan Pasien DM di Komunitas.**

Perawat komunitas memiliki beberapa peran dan fungsi menurut KEMENKES yaitu:

### a. Manager kasus

sebagai manager perawat harus mampu mengelola pelayanan yang berkoordinasi dengan komunitas atau keluarga, penyedia pelayanan kesehatan atau pelayanan sosial terkait DM. Hal ini bertujuan untuk mempermudah pencapaian tujuan asuhan keperawatan komunitas. Kualifikasi pendidikan seorang manager kasus minimal Sarjana Keperawatan. Perawat komunitas harus dapat berfungsi untuk melakukan tindakan sebagai berikut:

- 1) Mengidentifikasi kebutuhan komunitas terhadap pelayanan kesehatan pasien DM. Hal ini penting dilakukan agar pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan komunitas.

2) Menyusun rencana asuhan keperawatan komunitas untuk pasien DM. Rencana ini dibuat berdasarkan hasil pengkajian kebutuhan komunitas terhadap pelayanan kesehatan.

3) Mengoordinasikan aktivitas tim kesehatan multidisiplin sehingga pelayanan yang diberikan dapat optimal dan tepat sasaran.

4) Menilai kualitas pelayanan keperawatan dan pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Sebagai manager, hal ini penting untuk meningkatkan pengelolaan berikutnya.

b. Pelaksana Asuhan keperawatan

Salah satu peran penting perawat adalah memberikan pelayanan langsung kepada komunitas sesuai dengan kebutuhan komunitas atau keluarga. Sebagai pelaksana asuhan keperawatan, perawat dapat berfungsi untuk:

1) melakukan pengkajian secara komprehensif.

2) menetapkan masalah keperawatan komunitas.

3) menyusun rencana keperawatan dengan mempertimbangkan kebutuhan dan potensi komunitas.

4) melakukan tindakan keperawatan langsung mencakup tindakan mandiri dan kolaboratif (seperti melakukan perawatan luka, senam diabetes, pemeriksaan kaki, deteksi resiko ).

5) mengevaluasi tindakan keperawatan yang sudah diberikan.

6) mendokumentasikan semua tindakan keperawatan.

c. Pendidik

Sebagai pendidik perawat harus mampu menjadi penyedia informasi kesehatan dan mengajarkan komunitas atau keluarga tentang upaya kesehatan yang dapat dilakukan komunitas. Fungsi yang dapat dijalankan oleh perawat komunitas dalam menjalankan perannya sebagai pendidik adalah sebagai berikut:

- 1) Mengidentifikasi kebutuhan belajar. perawat melakukan pengkajian komunitas.
- 2) Memilih metode pembelajaran (ceramah, diskusi, atau demonstrasi), dan materi yang sesuai dengan kebutuhan.
- 3) Menyusun rencana pendidikan kesehatan.
- 4) Melaksanakan pendidikan kesehatan.
- 5) Melatih komunitas/kelompok/keluarga tentang keterampilan yang harus dimiliki sesuai kebutuhannya.
- 6) Mendorong keluarga untuk melatih keterampilan yang sudah diajarkan perawat.
- 7) Mendokumentasikan kegiatan pendidikan kesehatan.

d. Pembela (Advocate)

Peran sebagai pembela (advocate) dapat dilakukan perawat dengan mendukung pelayanan keperawatan yang berkualitas dan kompeten. Sikap perawat yang selalu berupaya meningkatkan kompetensinya

agar asuhan keperawatan komunitas yang diberikan terjaga kualitasnya. Fungsi yang dapat dilakukan perawat sebagai pembela (advocate) adalah sebagai berikut:

- 1) menyediakan informasi yang dibutuhkan komunitas atau keluarga untuk membuat keputusan.
- 2) memfasilitasi komunitas atau keluarga dalam mengambil keputusan.
- 3) membuka akses ke provider agar komunitas atau keluarga mendapatkan pelayanan yang terbaik (membangun jejaring kerja).
- 4) menghormati hak klien.
- 5) meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan.
- 6) melaksanakan fungsi pendampingan komunitas atau keluarga.
- 7) memberikan informasi terkait sumber-sumber pelayanan yang dapat digunakan.
- 8) memfasilitasi masyarakat dalam memanfaatkan sumber-sumber tersebut.

#### e. Konselor

Perawat konselor membutuhkan keterampilan khusus, yaitu perawat tersebut adalah orang yang memahami (expert) di bidang keahliannya, dapat dipercaya untuk membantu komunitas atau keluarga dan mengembangkan coping yang konstruktif dalam penyelesaian masalah.



Perawat juga dapat memberikan berbagai solusi dalam rangka menetapkan cara yang lebih baik untuk penyelesaian masalah.

f . Role model

pelayanan keperawatan komunitas bersifat berkelanjutan dan berkesinambungan sehingga menuntut perawat untuk mampu berinteraksi baik dengan komunitas. Dalam interaksi, ada proses transformasi perilaku perawat yang dapat dipelajari oleh komunitas atau keluarga.

a. Penemu Kasus

Peran selanjutnya yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas adalah melibatkan diri dalam penelusuran kasus di komunitas atau keluarga, untuk selanjutnya dilakukan kajian apa saja yang dibutuhkan komunitas. Tentu saja kasus tersebut mungkin membutuhkan intervensi dari profesi lain atau pelayanan kesehatan yang lebih kompleks, maka yang dilakukan perawat komunitas adalah segera merujuk klien.

b. Peneliti

Berkembangnya ilmu keperawatan, salah satunya banyak dipengaruhi oleh hasil-hasil penelitian. Melalui penelitian, perawat komunitas dapat mengidentifikasi masalah praktik dan mencari jawaban melalui pendekatan ilmiah(Kemenkes RI, 2016).

### **C. Konsep Alas Kaki**

## 1. Definisi

Alas kaki adalah penutup telapak kaki berupa sandal, sepatu, terompah kasut dan sebagainya (Untara, 2014).

## 2. Penggunaan Alas Kaki Untuk Pasien DM

Penggunaan alas kaki yang direkomendasikan untuk pasien DM adalah sebagai berikut:

- a. Alas kaki yang pas, melindungi dan mengakomodasi bentuk kaki. Alasannya penderita diabetes harus memakai alas kaki yang pas untuk melindungi dan mengakomodasi bentuk kaki. Disarankan menggunakan alas kaki dengan tumit tertutup karena jika tumit tidak tertutup dapat menyebabkan cedera langsung pada tumit dan jari- jari kaki akan mencengkram kuat dan akan menimbulkan trauma. Pada bagian depan harus tertutup agar kaki tidak tergelincir ke depan.
- b. Selalu menggunakan kaos kaki untuk mengurangi gesekan. Alasannya adalah penderita DM dianjurkan untuk selalu memakai kaos kaki untuk mengurangi gesekan dan terbuat dari bahan yang nyaman dan menyerap keringat.
- c. Menggunakan alas kaki yang sesuai untuk mencegah luka kaki. Alasannya adalah kepatuhan dalam penggunaan alas kaki yang tepat akan mengurangi luka kaki diabetes pada pasien dengan resiko sedang dan tinggi.

- d. Penderita DM yang beresiko sedang atau tinggi untuk mendapatkan alas kaki dari tenaga profesional. Alasannya adalah penderita dengan neuropati perifer tidak akan merasakan tekanan dan nyeri karena alas kaki yang sempit.
- e. Penderita DM menggunakan alas kaki didalam maupun diluar ruangan. Alasannya adalah sebagian besar penderita DM tidak memakai alas kaki saat berada di dalam ruangan sementara penderita DM lebih banyak berjalan didalam ruangan.
- f. Memeriksa alas kaki sebelum dan setelah digunakan. Alasannya adalah penderita DM yang mengalami neuropati tidak merasakan adanya benda asing didalam alas kaki ataupun yang menembus sol alas kaki.
- g. Penderita DM dengan kelainan bentuk kaki atau memiliki lesi pada kaki disarankan untuk memakai alas kaki yang diresepkan. Alasannya adalah kelainan bentuk kaki dan adanya lesi perlu mendapatkan alas kaki yang khusus termasuk sol dan penyangga jika diperlukan sesuai dengan kelainan bentuk dan lokasi lesi.
- h. Penderita DM yang pernah mengalami LKD disarankan menggunakan sol alas kaki yang dapat mengurangi tekanan plantar. Alasannya adalah area kaki yang mengalami luka maupun yang telah sembuh perlu dibuatkan alas kaki secara khusus untuk mengurang tekanan pada plantar termasuk sol dan penyangga khusus.

- i. Penderita DM disarankan mengecek alas kaki yang digunakan setiap tiga bulan. Alasannya adalah bentuk kaki dan alas kaki mengalami perubahan seiring berjalannya waktu sehingga alas kaki, sol dan penyangga perlu dievaluasi kembali setiap tiga bulan untuk memastikan bahwa alas kaki tersebut masih pas digunakan.
- j. Penderita LKD pada daerah plantar, tidak dianjurkan alas kaki secara khusus untuk pengobatan. Alasannya adalah luka pada daerah plantar menunggu untuk penyembuhan luka untuk membuat alas kaki yang sesuai (Van Netten et al., 2018).

### 3. Syarat Alas kaki Untuk Penderita DM

- a. Panjang bagian dalam alas kaki harus dilebihkan 1-2 cm lebih panjang dari panjang kaki yang diukur dari tumit hingga jari kaki terpanjang saat seseorang berdiri.
- b. Kedalaman alas kaki harus mengakomodasi jari-jari kaki untuk bergerak bebas tanpa menyebabkan tekanan baik di sisi medial, lateral maupun punggung kaki.
- c. Lebar alas kaki harus samadengan lebar semua bagian kaki.
- d. Tinggi alas kaki bisa rendah, setinggi pergelangan kaki atau lebih.
- e. Insole dapat dilepas, dan telah didesain secara khusus sebelumnya, fungsi utamanya adalah meredistribusi tekanan.
- f. Sol luar alas kaki dapat menggunakan bahan karet, plastic, atau kulit, namun bahan karet dinilai lebih unggul.

- g. Profil rocker terbukti efektif mengurangi tekanan plantar. Profil rocker yang dipilih tergantung pada sendi yang terkena dan ditentukan oleh posisi puncak (titik pivot) dan sudut dari titik pivot ke ujung jari kaki. Untuk mengurangi tekanan plantar pada sendi metatarsophalangeal titik pivot harus ada di proksimal sendi.
- h. Penutup tumit harus pas dan tertutup. tinggi tumit ukuran 1,5 - 2 cm dan tidak melebihi 3 cm.
- i. Penutup alas kaki harus memadai untuk memfiksasi kaki agar tidak meluncur ke bagian depan.

### **C. Konsep Program Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Komunitas.**

Kelompok penyakit tidak menular (PTM) menurut KEMENKES (2019) adalah: Diabetes mellitus, kanker, penyakit jantung dan pembuluh darah (PJPD), penyakit paru obstruktif kronis (PPOK).

Kementrian kesehatan melalui direktorat pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular (P2PTM) bekerjasama dengan badan penyelenggaraan jaminan sosial (BPJS) membuat kebijakan dan strategi untuk pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular di Indonesia dengan membuat program deteksi dini dan faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) di pos pembinaan

terpadu ( POSBINDU), dan program pengelolaan penyakit kronis (PROLANIS) yang diselenggarakan secara terpadu (Kemenkes RI, 2019).

1. Pos Pembinaan Terpadu (POSBINDU)

a. definisi

Deteksi dini faktor risiko PTM di Posibindu adalah upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yang dilaksanakan di pos pembinaan terpadu (Posbindu) (Kemenkes RI, 2019).

b. Kegiatan meliputi: Pengukuran tekanan darah, pengukuran gula darah, pengukuran indeks massa tubuh, wawancara perilaku berisiko dan edukasi perilaku gaya hidup sehat (Kemenkes RI, 2019).

c. Dasar Hukum / Pedoman: Instruksi Presiden No.1 tahun 2017 tentang gerakan masyarakat hidup sehat, peraturan Menteri Kesehatan No. 71 tahun 2015 tentang penanggulangan penyakit tidak menular, petunjuk Teknis Posbindu PTM, buku Pintar Kader, buku monitoring faktor risiko PTM (Kemenkes RI, 2019).

d. Sasaran: Setiap warga negara berusia 15 tahun keatas di suatu desa / kelurahan / institusi dan sasaran pemeriksaan gula darah adalah setiap warga negara berusia 40 tahun ke atas atau kurang dari 40 tahun yang memiliki faktor risiko obesitas dan atau hipertensi (Kemenkes RI, 2019).

- e. Tahapan Kegiatan: Tahap persiapan, tahap pelaksanaan, tahap pembinaan dan monitoring evaluasi (Kemenkes RI, 2019).

## 2. Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS).

### a. Definisi

PROLANIS adalah suatu sistem penyelenggaraan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi yang melibatkan Peserta, Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien (BPJS, 2014).

### b. Tujuan

Prolanis bertujuan untuk Mendorong peserta penyandang penyakit kronis mencapai kualitas hidup optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke Faskes Tingkat Pertama memiliki hasil “baik” pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit DM Tipe 2 dan Hipertensi sesuai Panduan Klinis terkait sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi penyakit (BPJS, 2014).

### c. Sasaran

Sasaran PROLANIS adalah seluruh Peserta BPJS Kesehatan penyandang penyakit kronis (Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi) (BPJS, 2014).

d. Bentuk pelaksanaan

Bentuk aktifitas dalam PROLANIS meliputi aktivitas konsultasi medis/edukasi, Home Visit, Reminder, aktivitas klub dan pemantauan status kesehatan (BPJS, 2014).

e. Penanggung jawab

Penanggung jawab adalah Kantor Cabang BPJS Kesehatan bagian Manajemen Pelayanan Primer (BPJS, 2014).

f. Langkah pelaksanaan

1. Persiapan pelaksanaan PROLANIS meliputi:

1). Melakukan identifikasi data peserta sasaran berdasarkan:

a. Hasil Skrining Riwayat Kesehatan dan atau

b. Hasil Diagnosa DM dan HT (pada Faskes Tingkat Pertama maupun RS)

2). Menentukan target sasaran

3). Melakukan pemetaan Faskes Dokter Keluarga/ Puskesmas berdasarkan distribusi target sasaran peserta

4). Menyelenggarakan sosialisasi Prolanis kepada Faskes Pengelola



- 5). Melakukan pemetaan jejaring Faskes Pengelola (Apotek, Laboratorium)
- 6). Permintaan pernyataan kesediaan jejaring Faskes untuk melayani peserta PROLANIS
- 7). Melakukan sosialisasi PROLANIS kepada peserta (instansi, pertemuan kelompok pasien kronis di RS, dan lain-lain)
- 8). Penawaran kesediaan terhadap peserta penyandang Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi untuk bergabung dalam PROLANIS. Melakukan verifikasi terhadap kesesuaian data diagnosa dengan form kesediaan yang diberikan oleh calon peserta Prolanis
- 10). Mendistribusikan buku pemantauan status kesehatan kepada peserta terdaftar PROLANIS.
- 11). Melakukan rekapitulasi data peserta terdaftar
- 12). Melakukan entri data peserta dan pemberian flag peserta PROLANIS
- 13). Melakukan distribusi data peserta Prolanis sesuai Faskes Pengelola
- 14). Bersama dengan Faskes melakukan rekapitulasi data pemeriksaan status kesehatan peserta, meliputi pemeriksaan GDP, GDPP, Tekanan Darah, IMT, HbA1C. Bagi peserta yang belum pernah dilakukan pemeriksaan, harus segera dilakukan pemeriksaan
- 15). Melakukan rekapitulasi data hasil pencatatan status kesehatan awal peserta per Faskes Pengelola (data merupakan luaran Aplikasi P-Care)
- 16). Melakukan Monitoring aktifitas PROLANIS pada masing-masing Faskes Pengelola:

a. Menerima laporan aktifitas PROLANIS dari Faskes Pengelola

b. Menganalisa data

17). Menyusun umpan balik kinerja Faskes PROLANIS

18). Membuat laporan kepada Kantor Divisi Regional/ Kantor Pusat (BPJS, 2014).

Langkah - langkah:

a. Mendorong Faskes Pengelola melakukan identifikasi peserta terdaftar sesuai tingkat severitas penyakit DM Tipe 2 dan Hipertensi yang disandang

b. memfasilitasi koordinasi antara faskes pengelola dengan organisasi profesi/dokter spesialis di wilayahnya

c. Memfasilitasi penyusunan kepengurusan dalam club

d. Memfasilitasi penyusunan kriteria Duta PROLANIS yang berasal dari peserta. Duta PROLANIS bertindak sebagai motivator dalam kelompok Prolanis (membantu Faskes Pengelola melakukan proses edukasi bagi anggota club).

e. Memfasilitasi penyusunan jadwal dan rencana aktivitas club minimal 3 bulan pertama

f. Melakukan Monitoring aktivitas edukasi pada masing-masing Faskes Pengelola:

1) Menerima laporan aktivitas edukasi dari Faskes Pengelola

2) Menganalisis data

g. Menyusun umpan balik kinerja Faskes PROLANIS

h. Membuat laporan kepada Kantor Divisi Regional/Kantor Pusat dengan tembusan kepada Organisasi Profesi terkait di wilayahnya.

### 3. Reminder melalui SMS Gateway

a. Definisi: Reminder adalah kegiatan untuk memotivasi peserta untuk melakukan kunjungan rutin kepada Faskes Pengelola melalui pengingatan jadwal konsultasi ke Faskes Pengelola tersebut.

b. Sasaran: Tersampainya reminder jadwal konsultasi peserta ke masing-masing Faskes Pengelola

c. Langkah – langkah:

a. Melakukan rekapitulasi nomor Handphone peserta PROLANIS/Keluarga peserta per masing-masing Faskes Pengelola

b. Entri data nomor handphone kedalam aplikasi SMS Gateway

c. Melakukan rekapitulasi data kunjungan per peserta per Faskes Pengelola

d. Entri data jadwal kunjungan per peserta per Faskes Pengelola

e. Melakukan monitoring aktifitas reminder (melakukan rekapitulasi jumlah peserta yang telah mendapat reminder).

Langkah – langkah:

a. Melakukan identifikasi sasaran peserta yang perlu dilakukan Home Visit

b. Memfasilitasi Faskes Pengelola untuk menetapkan waktu kunjungan

c. Bila diperlukan, dilakukan pendampingan pelaksanaan Home Visit

d. Melakukan administrasi Home Visit kepada Faskes

Pengelola dengan berkas sebagai berikut:

- 1) Formulir Home Visit yang mendapat tanda tangan Peserta/Keluarga peserta yang dikunjungi.
  - 2) Lembar tindak lanjut dari Home Visit/lembar anjuran Faskes Pengelola.
- e. Melakukan monitoring aktifitas Home Visit (melakukan rekapitulasi jumlah peserta yang telah mendapat Home Visit).
  - f. Melakukan analisa data berdasarkan jumlah peserta yang mendapat Home Visit dengan jumlah peningkatan angka kunjungan dan status kesehatan peserta.
  - g. Membuat laporan kepada Kantor Divisi Regional/Kantor Pusat (BPJS, 2014).

#### **D. Konsep Pengetahuan**

##### 1. Definisi

Pengetahuan berasal dari kata dalam bahasa inggris *knowledge*. Pengetahuan adalah informasi yang berupa common sense, tanpa memiliki metode, dan mekanisme tertentu yang berasal dari pengalaman dan yang ditangkap oleh panca indera yang berulang dan diyakini benar menurut pemikirannya (Nurdin. & Hartati., 2019)

##### 2. Cara memperoleh pengetahuan

Menurut Nurdin dan Hartati (2019) upaya atau cara mendapatkan pengetahuan dibagi menjadi dua yaitu:

a. Cara aktif

Cara aktif adalah cara yang diperoleh dengan kegiatan aktivitas yang melalui alur kerangka pemikiran dengan menggunakan penalaran yang bersifat logis dan analitis.

b. Cara pasif

Cara pasif adalah cara yang diperoleh melalui keyakinan atau kepercayaan terhadap kebenaran tentang sesuatu yang diwartakan.

3. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Faktor yang mempengaruhi pengetahuan dibagi menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal.

a. Faktor internal

- 1) Pendidikan: pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk perilaku seseorang akan pola hidup utamanya dalam memotivasi untuk bersikap. Umumnya semakin tinggi tinggi pendidikan seseorang semakin mudah untuk menerima informasi.

- 2) Umur: semakin cukup umur dapat mempengaruhi tingkat kematangan seseorang dalam berfikir.
- 3) Pekerjaan: pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan keluarga.

b. Faktor eksternal

1) Lingkungan

Lingkungan merupakan suatu kondisi yang ada disekitar manusia dan dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku seseorang.

2) Sosial budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi (Wawan.A & Dewi.M, 2011).

4. Cara mengukur pengetahuan

Untuk menilai tingkat pengetahuan dilakukan dengan cara membandingkan jumlah skor jawaban dengan skor tertinggi yang diharapkan kemudian dikalikan dengan 100% dan hasilnya berupa persentase. Jika dirumuskan sebagai berikut :

$$p = f / n \times 100\%$$

keterangan :

p: adalah persentase

f: adalah jumlah frekuensi pilihan yang telah dipilih responden

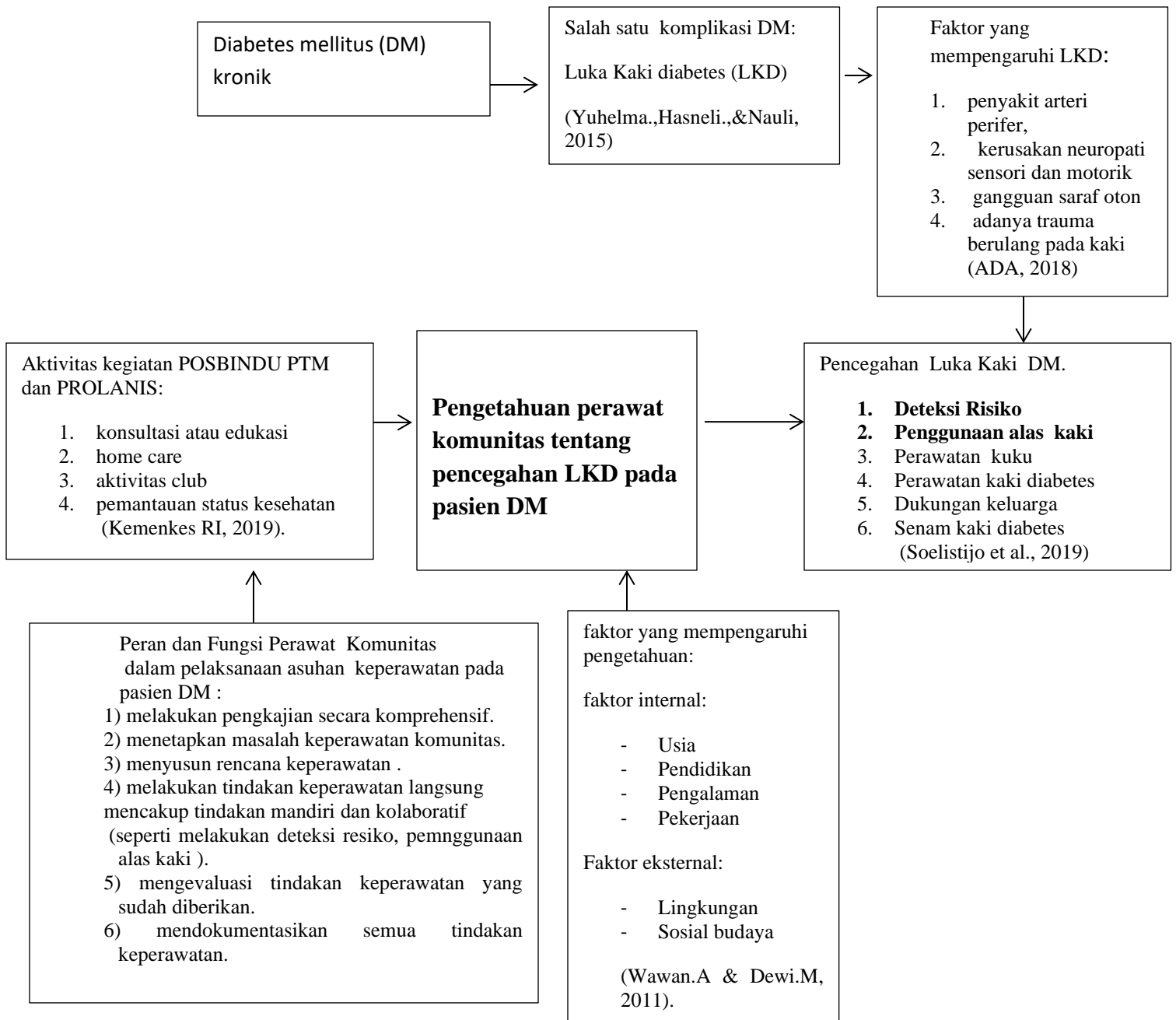
n: adalah jumlah frekuensi seluruh pilihan tertinggi

kemudian pengetahuan dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan

skala yang bersifat kuantitatif yaitu :

1. Baik jika hasil persentase 76% - 100%
2. Cukup jika hasil persentase 56%-75%
3. Kurang jika hasil persentase < 56% (Wawan.A & Dewi.M, 2011).

## E. KERANGKA TEORI



Bagan 1. Kerangka teori