

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) merupakan salah satu masalah kesehatan dari sepuluh penyakit menurut *World Health Organization* (WHO) penyebab kematian dan kecacatan secara global (WHO, 2019). Perkiraan kesehatan global menurut *World Health Organization* (WHO) memberikan data, menurut wilayah dan negara, menurut usia, jenis kelamin, dan kelompok pendapatan Diabetes Melitus menduduki urutan ke 9 dari 10 penyebab kematian global teratas pada tahun 2019 (WHO, Data, 2019). Sekitar 422 juta orang di seluruh dunia menderita diabetes, mayoritas tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah, dan 1,5 juta kematian secara langsung dikaitkan dengan diabetes setiap tahun. Baik jumlah kasus maupun prevalensi diabetes terus meningkat selama beberapa dekade terakhir. (WHO, Health topics; Diabetes 2019). Berdasarkan data *Internasional Diabetes Federation* (IDF), Cina, India, dan Amerika Serikat menempati urutan tiga teratas dengan jumlah penderita 116,4 juta, 77 juta, dan 31 juta dari 10 negara dengan jumlah pasien diabetes tertinggi. Indonesia berstatus waspada diabetes karena menempati urutan ke-7, prevalensi pasien pengidap diabetes di Indonesia mencapai 10,7 %, yang artinya ada lebih dari 10,8 juta orang menderita diabetes per tahun 2020 (IDF, 2021).

Diabetes Melitus (DM) sudah mencapai proporsi terbanyak di negara berkembang, termasuk di Indonesia (Wahyuni et al., 2018). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi diabetes melitus di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter pada umur 15 tahun sebesar 2%. Angka ini menunjukkan peningkatan dibandingkan prevalensi diabetes melitus pada penduduk 15 tahun pada hasil Riskesdas 2013 sebesar 1,5%. Namun prevalensi diabetes melitus menurut hasil pemeriksaan gula darah meningkat dari 6,9% pada tahun 2013 menjadi 8,5% pada tahun 2018 (Kemenkes RI, 2020). Ditinjau dari semua provinsi di Indonesia, hampir semua provinsi menunjukkan peningkatan prevalensi diabetes melitus pada tahun 2013-2018, kecuali provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT). Beberapa daerah penelitian seperti, Sulawesi tengah, Sulawesi selatan, Sulawesi tenggara, Maluku utara, Maluku, Papua barat dan Papua juga mengalami peningkatan prevalensi kejadian DM di tahun 2018 (Kemenkes RI, 2020). Gambaran prevalensi diabetes menurut provinsi pada tahun 2018 menunjukkan provinsi Nusa Tenggara Timur memiliki prevalensi terendah 0,9%, di ikuti Maluku dan Papua sebesar 1,1%, Sulawesi tenggara dan Sulawesi barat sebesar 1,3%, Maluku Utara sebesar 1,5% dan Sulawesi selatan 1,8% (Kemenkes RI, 2019).

Diabetes Melitus (DM) didefinisikan sebagai suatu penyakit atau gangguan metabolisme kronis dengan multietiologi yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah disertai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lipid dan protein sebagai akibat insufisiensi fungsi insulin

(Yosmar et al., 2018). DM disebabkan akibat kelainan pankreas yang tidak dapat menghasilkan insulin atau saat tubuh tidak dapat menggunakan insulin secara efektif (Puspita & Rakhma, 2018). Pasien diabetes melitus yang tidak dikelola dengan baik akan meningkatkan resiko terjadinya komplikasi (Chaidir et al., 2017) Komplikasi jangka panjang yang dapat ditimbulkan diantaranya stroke, gagal jantung, nefropati, retinopati dan neuropati (Yulia et al., 2020). Salah satu komplikasi dari diabetes mellitus juga adalah masalah luka kaki diabetes (Imelda, 2019).

Luka kaki diabetes merupakan komplikasi yang sering terjadi di sebagian besar penderita diabetes melitus. Lebih dari setengah ulkus kaki akan terinfeksi dan 20% dari infeksi ekstremitas 3 bagian bawah akan berakhir amputasi (Eva, 2019). Menurut ADA secara keseluruhan, sekitar 8% penderita Diabetes Melitus (DM) memiliki ulkus kaki dan 1,8% mengalami amputasi berat (ADA,2011). Prevalensi luka diabetik dari penderita DM di indonesia sebesar 15% (Asmarani, Fadli, Murtini, Hasanuddin, & Roesmono, 2021).

Luka kaki diabetik merupakan komplikasi penyakit diabetes yang di sebabkan oleh gangguan sirkulasi darah vena dan arteri (Dharmajaya, 2018). Beberapa data epidemiologis yang kuat memperlihatkan ada peningkatan kematian lebih dari dua kali pada pasien DM dengan luka kaki diabetes di bandingkan dengan pasien DM tanpa luka kaki diabetes (Chammas et al., 2016). Prevalensi luka diabetik dari penderita DM di indonesia sebesar 15% (Asmarani et al., 2021). Pasien dengan diabetes memiliki setidaknya 25%

risiko seumur hidup mengembangkan ulkus kaki. Banyak dari infeksi ini berlanjut ke amputasi (Armstrong & Andros, 2012).

Neuropathy merupakan penyebab utama LKD (Soewondo, Ferrario, & Tahapaiy, 2013). Sejalan dengan itu, penelitian sebelumnya Yusuf et al (2016) mengkonfirmasi bahwa 55.4% pasien DM telah mengalami risiko LKD baik kerusakan pembuluh darah (angiopathy) maupun kerusakan saraf perifer (neuropathy). Prevalensi LKD sebesar 12% di rumah sakit dan 26% di home care berat (Yusuf et al, 2016). Dengan demikian deteksi dini neuropathy sebagai faktor risiko menjadi hal yang penting dalam manajemen pencegahan LKD. Jika tidak segera ditangani, LKD akan beresiko menyebabkan kematian.

Asuhan keperawatan pada pasien menurut berat (Chesla et al, 2013) menambahkan fokus perhatian pada kondisi psikologis pasien dan sebagai alat untuk memperbaiki dukungan keluarga, sehingga pasien dan keluarga bersama menemukan solusi dalam menyelesaikan masalah. Upaya pencegahan oleh keluarga menjadi penting terhadap timbulnya luka pada pasien DM dan mencegah komplikasi lanjutan karena peran keluarga sangat vital dalam mengelola penyakit berat (Sunarmi, 2010). Suatu penyakit dalam keluarga dapat mempengaruhi seluruh keluarga dan sebaliknya juga mempengaruhi jalannya suatu penyakit, sehingga keluarga perlu di bekali dengan pengetahuan tentang pencegahan luka dan perawatan luka DM (Sunarmi, 2010).

Keluarga adalah orang terdekat pasien yang dapat menjadi salah satu sumber dukungan sosial yang potensial untuk mempertahankan kesehatan

pasien dengan penyakit kronis. Salah satu bentuk dukungan yang dapat diberikan oleh keluarga adalah berpartisipasi dalam manajemen perawatan penderita (Handayani, 2014). Lima tugas kesehatan keluarga menurut Harmoko (2012) adalah mengenali masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, memelihara suasana rumah yang sehat, menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat (Harmoko, 2012). Salah satu penghambat dalam meningkatkan peran keluarga yaitu kurang pedulinya tenaga perawat dalam memberikan berbagai informasi kesehatan yang relevan dan praktek perawatan luka yang benar (Sari et al., 2021).

Salah satu teori keperawatan dapat diaplikasikan perawat pada keluarga, yaitu *family centered nursing*. *Family Centered Nursing* adalah kemampuan perawatan memberikan asuhan keperawatan keluarga, sehingga memandirikan anggota keluarga agar tercapai peningkatan kesehatan seluruh anggota keluarganya dan keluarga mampu mengatasi masalah kesehatan (*family centered*/berorientasi pada keluarga) (Erlinda, 2015). Salah satu penelitian (Vitria, 2015) pada penerapan model *family centered nursing* memampukan keluarga dalam mengenal masalah dengan meningkatkan pengetahuannya sewaktu merawat anak ISPA, penelitian ini memperlihatkan identifikasi kemandirian keluarga yang masih memiliki kekurangan tetapi tidak menindaklanjuti. Program intervensi berbasis rumah, yang mencakup Pendidikan Manajemen Mandiri Diabetes (DSME) dan perawatan luka adalah

pendekatan yang paling mungkin, untuk melibatkan keluarga dan mengatasi hambatan dalam manajemen perawatan diri (Kartika et al., 2021).

Penelitian – penelitian terdahulu yang dilakukan dengan pendekatan teori *family centered nursing* memperlihatkan hasil dari peran keluarga sebagai indikator peningkatan kesehatan keluarga. Pada penelitian Yoyok Bakti Prasetyo (2010) melakukan penilaian struktur peran anggota keluarga terutama pada seorang ibu yang sangat berpengaruh terhadap gangguan sulit makan pada anak, hasil yang di dapatkan yaitu melalui studi kasus dapat mengidentifikasi 2 masalah keperawatan keluarga sehingga dapat menentukan tindakan keperawatan yang dapat di lakukan oleh keluarga (Prasetyo, 2010). Penelitian lain yang di lakukan oleh Vitria erlinda (2015), menggunakan *family centered nursing* sebagai salah satu teori dalam penelitian penerapan praktik keperawatan keluarga, hasil yang di dapatkan menunjukkan ada perubahan signifikan dalam kemampuan keluarga untuk mengenal masalah ISPA sebelum dan sesudah penerapan *family centered nursing* dengan nilai ($p < 0,00$), sehingga penerapan *family centered nursing* dapat mempengaruhi kemandirian keluarga dalam pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam pencegahan ISPA di Wilayah Kerja Puskesmas Simpang Tiga Kabupaten Aceh Besar (Erlinda, 2015). Salah satu penelitian juga di lakukan oleh Defrima (2020) dengan Studi Kasus : Pencegahan Komplikasi Kaki Diabetik dalam Lingkup Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pendekatan Teori *Family Centered Nursing*, penelitian ini menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dalam mengatasi komplikasi kaki diabetik

pada diabetisi agregat dewasa. Hasil pelaksanaan studi kasus didapatkan terdapat peningkatan tingkat kemandirian keluarga setelah diberikan asuhan keperawatan keluarga. Dari penelitian yang dilakukan, peneliti mengharapkan pada perawat komunitas dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga dapat memandirikan keluarga melakukan fungsi perawatan kesehatan keluarga (Surya, 2020).

Pada penelitian ini akan dilakukan pengembangan model keperawatan keluarga dengan mengidentifikasi, menilai dan menentukan peran keluarga yang dapat dilakukan dalam mendeteksi resiko luka kaki diabetes dengan berbasis pendekatan teori *family centered nursing*. Penelitian ini akan dilakukan di salah satu daerah kepulauan di Maluku yaitu Kab. Kep ARU, dengan memperhatikan beberapa hal yang menjadikan wilayah Kab. Kep. Aru sebagai tempat penelitian. Provinsi Maluku merupakan salah satu daerah kepulauan yang ada di Indonesia yang terdiri dari 9 kabupaten dan 2 kota serta 1.340 pulau. Luas wilayah Provinsi Maluku sebesar 712.479,65 km² yang terdiri dari luas lautan sebesar 658.294,69 km² (92,4%) dan luas daratan 54.185km² (7,6%). Dengan panjang garis pantai 10.662 km² . Provinsi Maluku memiliki 3 kabupaten yang termasuk Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK) yaitu Maluku Barat Daya, Maluku Tenggara Barat dan Kepulauan Aru. Provinsi Maluku merupakan daerah kepulauan yang terdiri dari 1.340 pulau dan dari sejumlah pulau tersebut, terdapat beberapa pulau yang tergolong pulau besar. (Riskesdas, 2015).

Hasil Riskesdas 2013 di Provinsi Maluku, prevalensi diabetes berdasarkan wawancara sebanyak 2,1%. Prevalensi tertinggi ada pada Kabupaten Buru Selatan sebesar 5,3%, diikuti oleh Kabupaten Seram Bagian Timur sebesar 4,8%, sedangkan yang prevalensi terendah ada pada Kabupaten Seram Bagian Barat yaitu sebesar 0,7%, Kabupaten Maluku Barat Daya sebesar 0,9% sedangkan kepulauan Aru sebesar 3,1 % dan merupakan urutan ke 5 dari 13 kabupaten di Maluku dengan kasus Diabetes Melitus (DM) (Riskesdas, 2015). Berdasarkan data awal dari tempat penelitian di dapatkan kejadian Diabetes Melitus di wilayah Kab. Kep Aru sebanyak 181 Jiwa (Dinkes Kab. Kep. Aru).

Alasan peneliti memilih melakukan penelitian di Kab. Kep Aru yaitu kepulauan Aru merupakan salah satu daerah terpencil dari Indonesia bagian timur yang memiliki geografis wilayah sebagai daerah kepulauan. Sebagai wilayah kepulauan, Kabupaten Kepulauan Aru rentan dengan permasalahan kesehatan khususnya bagi masyarakat yang berada di wilayah perdesaan. Sulitnya akses ke fasilitas kesehatan dan minimnya tenaga kesehatan yang ada menjadi alasan utama masyarakat untuk tidak segera menangani masalah kesehatan yang dideritanya. Melihat fenomena kondisi kepulauan Aru, peneliti mencoba untuk melihat kembali dan mengevaluasi bagaimana pelayanan kesehatan terutama pada pelayanan keperawatan serta bisa mengembangkan dan menerapkan model keperawatan peran keluarga berbasis *family centered nursing* dalam praktik keperawatan khususnya perawatan luka Diabetes Melitus (DM) .

B. Rumusan Masalah

Diabetes Mellitus (DM) merupakan salah satu masalah kesehatan dari sepuluh penyakit menurut *World Health Organization* (WHO) penyebab kematian dan kecacatan secara global. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi diabetes melitus di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter pada umur 15 tahun sebesar 2%. Angka ini menunjukkan peningkatan dibandingkan prevalensi diabetes melitus pada penduduk 15 tahun pada hasil Riskesdas 2013 sebesar 1,5%. Namun prevalensi diabetes melitus menurut hasil pemeriksaan gula darah meningkat dari 6,9% pada 2013 menjadi 8,5% pada tahun 2018 (Kemenkes RI, 2020). Salah satu komplikasi dari diabetes mellitus juga adalah masalah luka kaki diabetes (Imelda, 2019). Luka kaki diabetes merupakan komplikasi yang sering terjadi di sebagian besar penderita diabetes melitus. Lebih dari setengah ulkus kaki akan terinfeksi dan 20% dari infeksi ekstremitas bagian bawah akan berakhir amputasi (Decroli, 2019). Prevalensi luka diabetik dari penderita DM di Indonesia sebesar 15% (Asmarani, Fadli, Murtini, Hasanuddin, & Roesmono, 2021).

Asuhan keperawatan pada pasien menurut (Chesla, et. al, 2013) menambahkan fokus perhatian pada kondisi psikologis pasien dan sebagai alat untuk memperbaiki dukungan keluarga, sehingga pasien dan keluarga bersama menemukan solusi dalam menyelesaikan masalah. Upaya pencegahan oleh keluarga menjadi penting terhadap timbulnya luka pada pasien DM dan mencegah komplikasi lanjutan karena peran keluarga sangat vital dalam

mengelola penyakit (Sunarmi, 2010). Suatu penyakit dalam keluarga dapat mempengaruhi seluruh keluarga dan sebaliknya juga mempengaruhi jalannya suatu penyakit, sehingga keluarga perlu di bekali dengan pengetahuan tentang pencegahan luka dan perawatan luka DM (Sunarmi, 2010)

C. Tujuan

I. Tujuan Umum

Mengidentifikasi hambatan yang dihadapi keluarga dalam mendeteksi risiko DFU di wilayah kepulauan dengan akses layanan kesehatan terbatas.

II. Tujuan Khusus

1. Mengkaji kebutuhan keluarga dalam perawatan dan pencegahan komplikasi pasien DM di rumah
2. Mengidentifikasi instrumen deteksi risiko luka kaki diabetes yang dapat di gunakan oleh keluarga lewat literatur review

D. Originalitas Penelitian

Tabel 1.1 Originalitas Peneliti

NO	PENULIS	JUDUL	TUJUAN	METODE	KELEBIHAN	KEKURANGAN	PERBEDAAN / PERSAMAAN
1.	(Meity & Berthiana, 2021)	Pendidikan Kesehatan tentang Perawatan Kaki pada Keluarga Lansia dengan Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Kayon Kota Palangka Raya	Tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat.	pendidikan kesehatan dengan cara ceramah dan diskusi secara daring (online)	kegiatan pengabdian ini menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan peserta (keluarga lansia) sesudah dilakukannya pendidikan kesehatan dalam perawatan kaki pada lansia dengan DM. semua peserta dalam kegiatan pengabdian dapat mengerti serta tahu kiprah keluarga lansia dalam pengontrolan serta perawatan sehingga lansia bisa menaikkan kualitas	Penelitian ini tidak melakukan pemantauan untuk melihat keefektifan pada segi sikap dan perilaku keluarga dan lansia saat melakukan aktifitas sehari-harinya terutama mengenai perawatan luka kaki pada lansia	pada pelaksanaan pengabdian masyarakat ini yaitu terbatasnya bertemu langsung dengan peserta sebab syarat pandemi covid-19 ini berisiko Bila bertemu langsung, sehingga dilakukan pengaturan ulang sistemnya yaitu melalui daring atau secara online.

					hidup serta kesehatannya		
2.	(Vitria, 2015)	Penerapan Model Family-Centered Nursing Terhadap Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga Dalam Pencegahan ISPA Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Simpang Tiga Kabupaten Aceh Besar	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh penerapan family-centered nursing terhadap pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam pencegahan ISPA di Wilayah Kerja Puskesmas Simpang Tiga Kabupaten Aceh Besar	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, desain penelitian menggunakan metode pre-eksperimental design dengan rancangan one group pre and posttest design without control group	keluarga mengenal masalah dengan meningkat pengetahuannya karena ada proses belajar mengajar yang berkelanjutan dari mulai pemberian penyuluhan minggu pertama, dipantau dan didampingi sewaktu merawat anak ISPA dan diberikan penguatan	Identifikasi kemandirian keluarga dalam mengenal masalah dari 5 komponen, masih terdapat beberapa yang kurang dalam kemandirian keluarga, penelitian hanya mengidentifikasi dan tidak menindaklanjuti	Media yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar balik dan booklet yang diberikan kepada keluarga setelah penyuluhan. Melalui pemberian booklet ini diharapkan keluarga dapat membaca secara mandiri tentang cara perawatan anak yang mengalami ISPA sehingga anak terhindar dari bahaya ISPA

3.	(Jiang et al., 2021)	Effect of family-centered nursing based on timing it right framework in patients with acute cerebral infarction	Mengevaluasi pengaruh keperawatan family-centric berdasarkan Timing It Right Framework (TIR) terhadap manajemen diri dan kualitas hidup pada pasien dengan infark serebral akut.	Berdasarkan aturan randomized control, 100 pasien dengan infark serebral akut dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok kontrol (n=50) mendapat perawatan rutin dan tindak lanjut, dan kelompok penelitian (n=50) diimplementasikan dengan keperawatan	penerapan family centered nursing berbasis TIR pada pasien dengan infark serebral akut dapat meningkatkan kemampuan manajemen diri dan kualitas hidup, meningkatkan ketahanan psikologis, meningkatkan fungsi sosial dan kemampuan keperawatan keluarga, serta meningkatkan kepatuhan minum obat dan perawatan pasien.	Penelitian ini memiliki beberapa kekurangan seperti ukuran sampel yang kecil. Keacakan pengelompokan dijamin untuk memastikan keakuratan penelitian.	Pada penelitian ini akan menggunakan teori yang sama yaitu <i>family centered nursing</i> dalam penerapan penelitian
----	----------------------	---	--	--	--	--	--

				yang berpusat pada keluarga berdasarkan TIR.			
4.	(Syahrul et al., 2020)	Pengembangan aplikasi “abang made” android Sebagai media pengkajian resiko luka kaki diabetik	Mengembangkan pengkajian resiko LKD yang fleksibel berbasis aplikasi android	Pilot sstudy dengan pemilihan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik purposive Sampling	Aplikasi masih berbasis online sehingga penggunaan masih di batasi oleh ketersediaan jaringan internet, jumlah sampel size masih relative terbatas dan belum representative mewakili berbagai jenis karakter resiko LKD, dan yang terakhir penelitian ini belum melakukan evaluasi subyek atas penggunaan aplikasi Abang Made dari sudut pandang perawat sebagai calon pengguna	Proses pengembangan Abang Made dalam format yang ringan sehingga mudah dalam menggunakannya	Pada penelitian ini juga akan mencoba menggunakan aplikasi Abang Made sebagai aplikasi deteksi resiko luka diabetes yang di kembangkan bersama dengan keperawatan keluarga berbasis <i>family centered nursing</i>

5.	(Yuliani et al., 2017)	Check Up Diabetic Foot, Deteksi Dini Risiko Luka Kaki Diabetes Pada Pasien Diabetes Mellitus di Makassar: Uji Sensitifitas dan Spesifisitas	Mengevaluasi sensitivitas dan spesifisitas uji Ipswich dan palpasi nadi Pedal Dorsal dan Tibialis Posterior	Rancangan kuantitatif observasional dengan pendekatan cross-sectional study	Berdasarkan hasil temuan peneliti didapatkan bahwa, teknik palpasi dapat menjadi alternatif yang reliabel dalam mendeteksi gejala angiopati dan teknik Ipswich test dapat menjadi alternative yang reliable dalam mendeteksi gejala neuropati sehingga kedua tes ini sebut “checkup diabetic foot” yang sederhana, praktis dan tanpa butuh latihan khusus dalam pelaksanaannya	Penelitian ini tidak memperlihatkan bahwa penggunaan Ipswich ini bisa dilakukan oleh seorang perawat dan bukan oleh seorang perawat	Pada penelitian ini juga akan mencoba menggunakan teknik Ipswich untuk mendeteksi resiko luka kaki diabetes
----	------------------------	---	---	---	--	---	---

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Konsep Diabetes Melitus

Diabetes mellitus (DM) merupakan suatu gangguan metabolik yang berkaitan dengan metabolisme insulin berupa penurunan jumlah sekresi insulin ataupun resistensi dari insulin (Surya, 2020). Diabetes Melitus juga merupakan salah satu penyakit kronik yang dapat menyebabkan berbagai komplikasi seperti luka kaki diabetes (Yuliani et al., 2017). Secara umum ada dua penyebab terjadinya luka kaki diabetes yaitu kerusakan pembuluh darah perifer (angiopati) dan kerusakan saraf perifer (neuropathi) (Syahrul et al., 2020).

Komplikasi kaki diabetik merupakan komplikasi umum dari diabetes, dimana angka kejadian komplikasi kaki diabetik didapatkan setelah adanya luka kaki, ulkus atau ganggren pada pasien (Al-rubeaan et al., 2015). Luka kaki diabetes sebagai kelainan yang terjadi pada pasien DM karena adanya gangguan pembuluh darah kaki, gangguan persarafan, dan adanya infeksi akibat daya tahan tubuh yang menurun. Masalah tersebut dapat menimbulkan masalah kaki seperti kapalan (callus), kulit kaki retak (fissure) dan radang ibu jari kaki (Yuliani et al., 2017)

Hiperglikemia menyebabkan terjadinya peningkatan advance glucose end products (AGEs) yang menyebabkan terjadinya kerusakan endotel pembuluh darah. Hal ini berkontribusi terhadap gangguan aliran darah ke

tungkai hingga menyebabkan iskemia tungkai dan neuropati perifer. Kondisi neuropati menyebabkan diabetisi berisiko untuk mengalami cedera pada kaki yang tidak disadari sehingga dapat berujung pada luka kaki diabetik. Bila sudah terjadi luka kaki diabetik, kondisi hiperglikemia akan memperburuk luka tersebut disertai dengan infeksi sehingga akhirnya dapat menurunkan kualitas hidup diabetisi. Komplikasi kaki diabetik sebenarnya didahului dengan adanya neuropati pada diabetisi (Al-rubeaan et al., 2015).

Proses terjadinya kaki diabetik diawali oleh angiopati, neuropati, dan infeksi. Neuropati menyebabkan gangguan sensorik yang menghilangkan atau menurunkan sensasi nyeri kaki, sehingga ulkus dapat terjadi tanpa terasa. Gangguan motorik menyebabkan atrofi otot tungkai sehingga mengubah titik tumpu yang menyebabkan ulserasi kaki. Angiopati akan mengganggu aliran darah ke kaki; penderita dapat merasa nyeri tungkai sesudah berjalan dalam jarak tertentu. Infeksi sering merupakan komplikasi akibat berkurangnya aliran darah atau neuropati (Kartika, 2017).

Beberapa faktor mempengaruhi diabetisi pada usia dewasa berisiko untuk terjadinya komplikasi kaki diabetik. Kesibukan dalam beraktivitas karena masih produktif menjadi salah satu faktor yang menyebabkan diabetisi kurang kontrol terhadap diet dan pengobatan sehingga mencetuskan hiperglikemia. Kondisi hiperglikemia dalam waktu lama akan menyebabkan berkembangnya komplikasi kaki diabetik. Untuk mencegah terjadinya komplikasi diabetes tersebut dibutuhkan pengontrolan DM yang terapeutik dan teratur pada diabetis (Surya, 2020).

Suatu manifestasi klinis dari terjadinya DM adalah peningkatan kadar glukosa darah atau disebut dengan hiperglikemia (Surya, 2020). Kondisi hiperglikemia merupakan pemicu terjadinya komplikasi pada orang dengan diabetes (diabetisi) baik berupa komplikasi makrovaskuler maupun komplikasi mikrovaskuler (Baynest, 2015). Salah satu komplikasi umum yang terjadi pada diabetes adalah komplikasi pada kaki (Surya, 2020).

Identifikasi faktor risiko penting, biasanya diabetes lebih dari 10 tahun, laki-laki, kontrol gula darah buruk, ada komplikasi kardiovaskular, retina, dan ginjal. Hal-hal yang meningkatkan risiko antara lain neuropati perifer dengan hilangnya sensasi protektif, perubahan biomekanik, peningkatan tekanan pada kaki, penyakit vaskular perifer (penurunan pulsasi arteri dorsalis pedis), riwayat ulkus atau amputasi serta kelainan kuku berat (Kartika, 2017).

Luka timbul spontan atau karena trauma, misalnya kemasukan pasir, tertusuk duri, lecet akibat sepatu atau sandal sempit dan bahan yang keras. Luka terbuka menimbulkan bau dari gas gangren, dapat mengakibatkan infeksi tulang (osteomielitis) (Kartika, 2017). Kondisi luka kaki diabetes berasal dari suatu kombinasi dari beberapa penyebab seperti sirkulasi darah yang buruk, neuropati maupun angiopati (Yuliani et al., 2017)

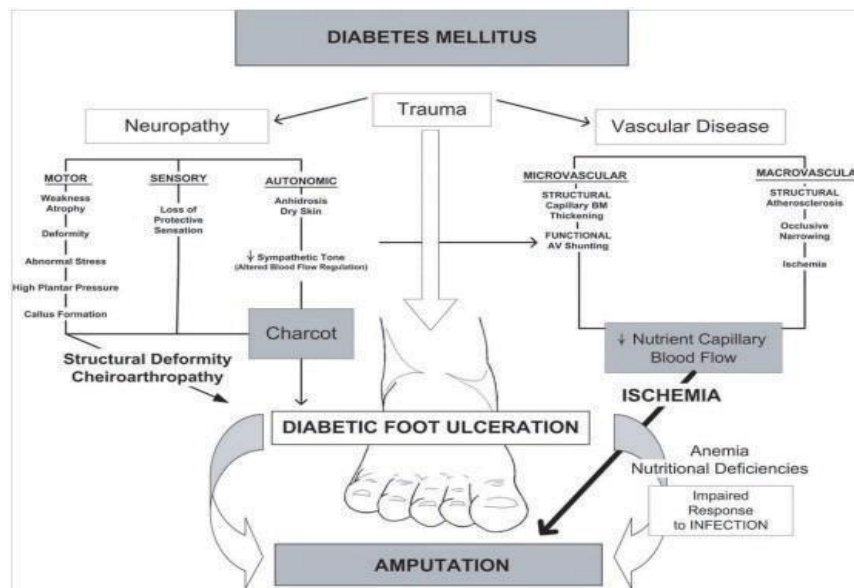
Patofisiologi Ulkus kaki diabetes disebabkan tiga faktor yang sering disebut trias, yaitu: iskemi, neuropati, dan infeksi. Kadar glukosa darah tidak terkontrol akan menyebabkan komplikasi kronik neuropati perifer berupa neuropati sensorik, motorik, dan autonom (Kartika, 2017).

1. **Neuropati sensorik** biasanya cukup berat hingga menghilangkan sensasi proteksi yang berakibat rentan terhadap trauma fisik dan termal, sehingga meningkatkan risiko ulkus kaki. Sensasi propriosepsi yaitu sensasi posisi kaki juga hilang.
2. **Neuropati motorik** mempengaruhi semua otot, mengakibatkan penonjolan abnormal tulang, arsitektur normal kaki berubah, deformitas khas seperti hammer toe dan hallux rigidus. Deformitas kaki menimbulkan terbatasnya mobilitas, sehingga dapat meningkatkan tekanan plantar kaki dan mudah terjadi ulkus.
3. **Neuropati autonom** ditandai dengan kulit kering, tidak berkeringat, dan peningkatan pengisian kapiler sekunder akibat pintasan arteriovenosus kulit. Hal ini mencetuskan timbulnya fisura, kerak kulit, sehingga kaki rentan terhadap trauma minimal. Hal tersebut juga dapat karena penimbunan sorbitol dan fruktosa yang mengakibatkan akson menghilang, kecepatan induksi menurun, parestesia, serta menurunnya refleks otot dan atrofi otot.

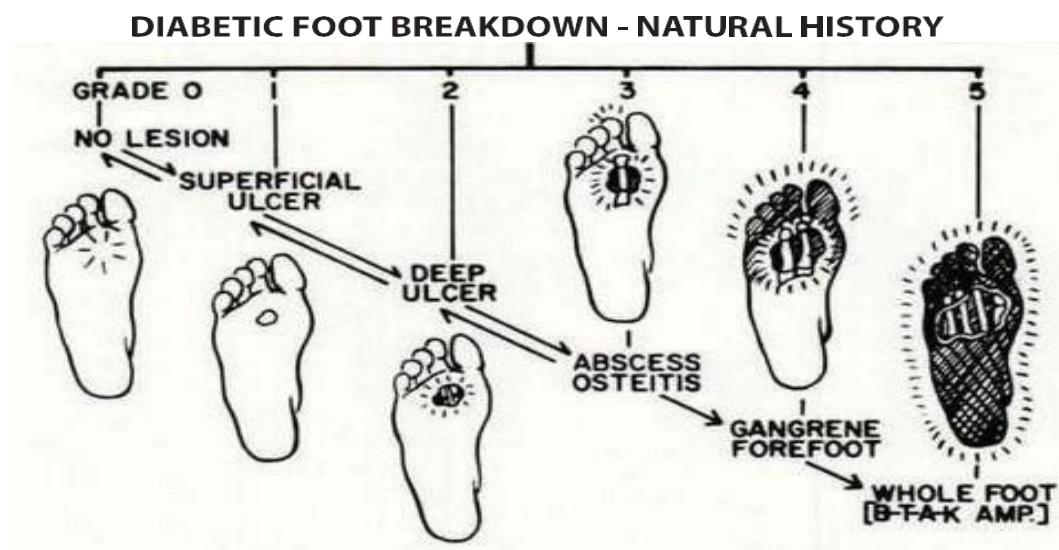
Penderita diabetes juga menderita kelainan vaskular berupa iskemi. Hal ini disebabkan proses makroangiopati dan menurunnya sirkulasi jaringan yang ditandai oleh hilang atau berkurangnya denyut nadi arteri dorsalis pedis, arteri tibialis, dan arteri poplitea; menyebabkan kaki menjadi atrofi, dingin, dan kuku menebal. Selanjutnya terjadi nekrosis jaringan, sehingga timbul ulkus yang biasanya dimulai dari ujung kaki atau tungkai (Kartika, 2017).

Kelainan neurovaskular pada penderita diabetes diperberat dengan aterosklerosis. Aterosklerosis merupakan kondisi arteri menebal dan menyempit karena penumpukan lemak di dalam pembuluh darah. Menebalnya arteri di kaki dapat mempengaruhi otototot kaki karena berkurangnya suplai darah, kesemutan, rasa tidak nyaman, dan dalam jangka lama dapat mengakibatkan kematian jaringan yang akan berkembang menjadi ulkus kaki diabetes. Proses angiopati pada penderita DM berupa penyempitan dan penyumbatan pembuluh darah perifer tungkai bawah terutama kaki, akibat perfusi jaringan bagian distal tungkai berkurang (Kartika, 2017).

DM yang tidak terkontrol akan menyebabkan penebalan tunika intima (hiperplasia membran basalis arteri) pembuluh darah besar dan kapiler, sehingga aliran darah jaringan tepi ke kaki terganggu dan nekrosis yang mengakibatkan ulkus diabetikum. Peningkatan HbA1C menyebabkan deformabilitas eritrosit dan pelepasan oksigen oleh eritrosit terganggu, sehingga terjadi penyumbatan sirkulasi dan kekurangan oksigen mengakibatkan kematian jaringan yang selanjutnya menjadi ulkus (Kartika, 2017).



Gambar 2.1 Patofisiologi gangren kaki diabetik (Kartika, 2017)



Gambar 2.2 Klasifikasi kaki diabetes berdasarkan Wagner-Meggitt (Kartika, 2017)

Klasifikasi Kaki Diabetes, klasifikasi Wagner-Meggitt dikembangkan pada tahun 1970-an, digunakan secara luas untuk mengklasifikasi lesi pada kaki diabetes (Kartika, 2017).

Tabel 2.1 Klasifikasi kaki diabetes berdasarkan Wagner Meggit 7 (Kartika, 2017)

Derajat 0	Simptom pada kaki seperti nyeri
Derajat 1	Ulkus superfisial
Derajat 2	Ulkus dalam
Derajat 3	Ulkus sampai mengenai tulang
Derajat 4	Gangren telapak kaki
Derajat 5	Gangren seluruh kaki

B. Konsep Pencegahan Luka Diabetes

Beberapa elemen kunci yang mendukung pencegahan masalah kaki diantaranya adalah mengidentifikasi kaki yang berisiko, pemeriksaan rutin dan pemeriksaan kaki berisiko, pendidikan penyandang, keluarga, dan penyedia layanan kesehatan (Schaper et al., 2016) :

1. Identifikasi kaki yang berisiko

Cara yang dapat dilakukan untuk mengidentifikasi kaki yang berisiko adalah dengan menggunakan sistem klasifikasi risiko IWGDF (International Working Group on the Diabetic Foot) (Beuscher, 2019).

Tabel 2.2 Klasifikasi risiko IWGDF (International Working Group on the Diabetic Foot) (Beuscher, 2019).

Kategori	Karakteristik	Frekuensi
0	Tidak ada neuropati perifer	Satu tahun sekali
1	Neuropati perifer	Setiap enam bulan
2	Neuropati perifer dengan <i>Peripheral Artery Disease</i> (PAD) dan/atau kelainan bentuk kaki	Setiap tiga sampai enam bulan
3	Neuropati perifer dan riwayat DFU sebelumnya atau amputasi ekstermitas bawah	Setiap satu sampai tiga bulan

2. Pemeriksaan rutin dan pemeriksaan kaki berisiko

Semua penyandang DM harus diperiksa minimal sekali setahun untuk mengidentifikasi adanya DFU, sedangkan penyandang yang

ditemukan berisiko diperiksa lebih sering sesuai kategori risiko IWGDF (Schaper et al., 2016).

3. Edukasi perawatan kaki untuk mencegah DFU

Pendidikan perawatan kaki diberikan dengan cara yang terstruktur, terorganisir, dan berulang-ulang untuk mencegah terjadinya DFU. Tujuannya adalah untuk meningkatkan pengetahuan tentang perawatan kaki, kesadaran dan perilaku melindungi diri, dan untuk meningkatkan motivasi dan keterampilan dalam rangka memfasilitasi kepatuhan terhadap perilaku perawatan kaki (Schaper et al., 2016). Adapun langkah-langkah yang harus diperhatikan dalam perawatan kaki seperti memeriksa seluruh permukaan kedua kaki dan bagian dalam sepatu yang akan dikenakan setiap hari; cuci kaki setiap hari; gunakan emolien untuk melumasi kulit kering; memotong kuku secara lurus; dan hindari menggunakan agen kimia atau plester atau teknik lain untuk menghilangkan kalus atau corn (Monteiro-soares et al., 2020). Memberikan edukasi perawatan kaki bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku perawatan kaki untuk mencegah DFU pada penyandang yang berisiko diabetes (Bus et al., 2016). Sebuah tinjauan sistematis melaporkan delapan dari 11 studi mengidentifikasi skor perilaku perawatan kaki secara signifikan lebih baik pada kelompok intervensi dibanding dengan kelompok kontrol. Empat dari lima studi melaporkan skor self-efficacy secara signifikan lebih baik pada kelompok intervensi dan tiga dari tujuh studi melaporkan pengetahuan

perawatan kaki secara signifikan lebih baik pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol (Goodall et al., 2020).

Bukti langsung yang tersedia terhadap efek intervensi perawatan kaki dalam mencegah DFU belum ada akan tetapi hal tersebut digunakan agar penyandang DM dapat mendeteksi tanda-tanda awal DFU dan berperan terhadap dasar perawatan kaki (Monteiro-soares et al., 2020). Diharapkan agar penyandang DM melakukan perawatan kaki yang hal tersebut lebih bermanfaat jika dibandingkan dengan tidak melakukan perawatan kaki. Perilaku perawatan kaki ini mudah dilakukan, dapat diakses, dan biaya yang digunakan cukup rendah untuk penyandang DM yang berisiko mengalami DFU. Meskipun bukti terbatas untuk efek dari perawatan kaki ini terhadap pencegahan DFU akan tetapi pendidikan terstruktur dianggap sebagai bagian penting dan integral dari pencegahan DFU, karena pasien dengan diabetes yang berisiko DFU perlu memahami penyakit mereka untuk melakukan perawatan kaki secara mandiri (Schaper et al., 2016). Oleh karena itu, pendidikan harus bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan perawatan kaki dan perilaku perawatan kaki, dan mendorong penyandang DM untuk mematuhi pendidikan perawatan kaki yang diberikan.

4. Pemakaian alas kaki yang sesuai secara rutin

Penyebab utama luka kaki adalah penggunaan alas kaki yang tidak pantas atau tidak memakai alas kaki saat berjalan adalah penyebab utama ulserasi kaki. Penyandang dengan hilangnya sensasi pelindung harus

memakai alas kaki yang sesuai dan harus didorong untuk memakainya setiap saat baik diluar ruangan maupun didalam ruangan. Sepatu yang digunakan tidak boleh terlalu ketat atau terlalu longgar (Schaper et al., 2016). Alasan menggunakan alas kaki yang tepat karena kejadian DFU lebih tinggi di area kaki yang bersentuhan dengan alas kaki (Yusuf et al., 2017). Penelitian lain melaporkan kebanyakan penyandang memiliki DFU yang terletak di jari-jari kaki hal tersebut berhubungan dengan penggunaan alas kaki yang tidak tepat (Jerry et al., 2016).

5. Pengobatan tanda-tanda pra-ulseratif

Pengobatan dilakukan dengan menghilangkan kalus, melindungi lecet, mengobati kuku yang tumbuh ke dalam atau menebal, dan meresepkan pengobatan anti jamur untuk infeksi jamur (Schaper et al., 2016). Kalus merupakan penebalan kulit yang disebabkan oleh beban mekanis yang berlebihan (Netten, et al., 2020). Perawatan tanda pra-ulseratif harus diulang sampai tanda pra-ulseratif hilang dan tidak muncul kembali serta dilakukan oleh spesialis perawatan kaki yang terlatih (Schaper et al., 2016).

C. Pemeriksaan Kaki Diabetes

1. Pengkajian kaki diabetes

Penyandang DM dapat melakukan deteksi dini risiko Diabeti Foot Ulcer (DFU) untuk menurunkan tingkat amputasi yang mungkin terjadi. Deteksi dini dilakukan dengan memeriksa kaki secara teratur dan mengidentifikasi adanya luka, perubahan bentuk kaki, atau adanya hal

yang mencurigakan. Pemeriksaan yang dilakukan dapat mencegah munculnya luka bahkan meminimalisasi terjadinya ulkus dan terbukti mampu menurunkan risiko terjadinya amputasi sampai 85%.

Pencegahan resiko terjadinya ulkus diabetik dapat dilakukan dengan deteksi dini Diabetic Foot Ulcer. Deteksi dini dengan melakukan pengkajian DFU dapat diperoleh dari pengkajian subjektif berupa identitas diabetisi (nama, usia, pekerjaan, pendidikan, dan jenis kelamin) dan riwayat kesehatan (riwayat ulserasi masa lalu, amputasi sebelumnya, kebiasaan merokok) serta pengkajian objektif (Bus et al., 2016). Pengkajian objektif dilakukan dengan melakukan pemeriksaan fisik kaki diabetisi dengan tes neuropati, pemeriksaan vaskularisasi, faktor risiko DFU, dan kondisi active foot.

Tabel 2.3 Pengkajian Diabetic Foot Ulcer

Pengkajian DFU
Neurosensory perifer: - Sensasi sentuhan dengan Ipswich Touch Test (IpTT) - Nyeri neuropati (Parestesia, terasa tajam, sensasi terbakar) Vaskularisasi: - Dorsalis pedis (teraba atau tidak) - Tibial posterior (teraba atau tidak) - Operasi vascular sebelumnya - Nyeri malam hari - Klaudikasio intermitten Faktor Resiko DFU : - Riwayat amputasi - Riwayat ulserasi - Kelainan signifikan bentuk kaki - Kapalan/pre-ulserasi - Perawatan kaki kondisi active foot - Ulserasi foot - Charcot foot

Ada beberapa cara menguji sensitivitas pada kaki yaitu vibration perception threshold (VPT), monofilament test (MF), dan Ipswich Touch test (IpTT). Ketiga cara tersebut monofilament yang paling populer digunakan karena teruji paling mendekati sempurna dalam menguji sensitivitas neurologis. Pemeriksaan fisik juga dilengkapi dengan anamnesa subjektif untuk menanyakan adanya rasa nyeri, sensasi terbakar, mati rasa, ataupun tajam pada kaki bagian dari pemeriksaan neurosensori. IpTT merupakan salah satu pemeriksaan dengan sentuhan jari pemeriksa untuk menguji sensitivitas perifer kaki. Waktu yang dibutuhkan dalam setiap sentuhan adalah 1 -2 detik pada keenam titik ujung jari kaki. Pasien diberikan instruksi untuk menutup mata saat pemeriksaan dilakukan. Hasil yang menunjukkan ada kelainan sensitivitas pada kaki, maka ada kemungkinan adanya kerusakan neurosensori perifer dan dapat menimbulkan terjadinya ulkus (Rayman et al., 2011) (Rayman et al, 2011). Pengkajian vaskularisasi, perlu dilakukan pemeriksaan nadi pada dorsalis pedis dan tibial posterior kaki kanan dan kaki kiri. Kemudian perlu dikaji mengenai riwayat operasi vascular, adanya nyeri saat malam hari atau istirahat dan munculnya klaudikasio intermiten pada kaki kanan dan kiri (Malgrange et al., 2019). Adanya penampakan ulseratif aktif pada kaki dan dugaan charcot foot menjadi kondisi active foot (Sudoyo, 2009).

2. Klasifikasi risiko kaki diabetes

Hasil pengkajian DFU dapat dikelompokkan sebagai berikut:
(Driver et al., 2005)

a. Risiko rendah DFU

Tidak ditemukan faktor resiko misalnya tidak ditemukan kehilangan sensasi protektif, tidak ada tanda denyut menurun.

b. Risiko sedang DFU

Ditemukan salah satu faktor resiko dari DFU misalnya klien merasakan hilangnya sensasi, tidak ada atau menurunnya denyut tanpa kalus atau cacat.

c. Risiko Tinggi DFU

Ditemukan dua atau lebih faktor resiko DFU misalnya riwayat amputasi atau ulserasi sebelumnya, hilangnya sensasi, tidak ada atau menurunnya denyut nadi, kelainan bentuk kaki, pra-ulseratif lesi, dan tahap akhir gagal ginjal.

d. Active Foot

Adanya ulserasi aktif, ditemukan peampalan ulserasi yang berwarna kemerahan, terasa panas, kaki bengkak dengan atau dengan tanpa nyeri (diduga charcot foot) infeksi berat atau iskemia pada tungkai.

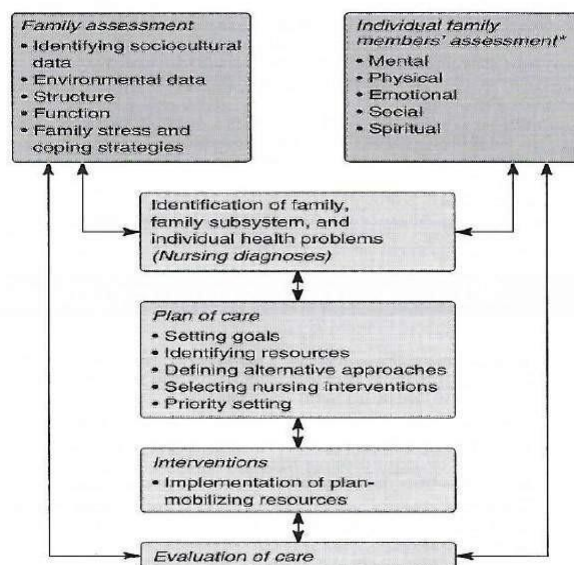
D. Konsep Keluarga Dalam Deteksi Luka Kaki Diabetes

Keluarga merupakan unit terkecil yang ada di masyarakat sebagai sasaran pembangunan kesehatan. Pengontrolan komplikasi DM khususnya komplikasi kaki membutuhkan keterlibatan keluarga dalam merawat diabetisi, keterlibatan keluarga mempunyai pengaruh terhadap sikap dan kepatuhan bagi diabetisi dalam melakukan pengontrolan penyakitnya (Mayberry & Osborn, 2012).

Melibatkan keluarga dalam melakukan perawatan DM akan menumbuhkan sikap positif dari diabetisi untuk mematuhi anjuran dietnya dan penatalaksanaan penyakit DMnya. Keterlibatan dari keluarga dalam perawatan juga merupakan bentuk dukungan bagi diabetisi baik secara fisik, psikologis, emosional dan sosial sehingga diabetisi merasa lebih terfasilitasi dalam mengontrol penyakitnya (Tabasi et al., 2014).

Pendekatan teori *family centered nursing* dalam mendeskripsikan peran aktif keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan dalam keluarga yang diaplikasikan dalam bentuk asuhan keperawatan keluarga (Surya, 2020).

Dalam keperawatan keluarga penerapan proses keperawatan merupakan proses yang komprehensif sehingga memerlukan pendekatan logis dan sistematis dalam bekerja dengan keluarga dan individu. Model langkah-langkah proses keperawatan keluarga menurut Friedman.



Gambar 2.3 Model *Family Centered Nursing* (Friedman, dkk, 2003)

Model ini menekankan keluarga sebagai sistem terbuka yang saling berinteraksi satu sama lain, oleh karena itu keperawatan keluarga yang diberikan difokuskan pada peningkatan kesehatan dan kesejahteraan seluruh anggota keluarga melalui perbaikan dinamika hubungan internal keluarga, struktur, fungsi dan interdependensi antar anggota keluarga. Model ini mengintegrasikan teori sistem, dimana anggota keluarga dipandang sebagai subsistem yang saling berinteraksi, sedang kelompok masyarakat dianggap mewakili supra sistem. Model ini memberikan suatu kerangka kerja untuk mengkaji keluarga dengan premis proses keperawatan keluarga diantaranya pengkajian terhadap keluarga, pengkajian anggota keluarga (individu), menentukan diagnosa keperawatan, Rencana keperawatan, intervensi dan evaluasi dari intervensi yang dilakukan (Friedman, dkk, 2003).

Keluarga merupakan unit terkecil yang ada di masyarakat sebagai sasaran pembangunan kesehatan. Pengontrolan komplikasi DM khususnya komplikasi kaki membutuhkan keterlibatan keluarga dalam merawat diabetisi, keterlibatan keluarga mempunyai pengaruh terhadap sikap dan kepatuhan bagi diabetisi dalam melakukan pengontrolan penyakitnya (Mayberry & Osborn, 2012). Upaya mewujudkan keluarga berkualitas yang hidup dalam lingkungan sehat merupakan tuntutan dari Undang-Undang, sebagaimana dijelaskan dalam UU Nomor 52 Tahun 2009 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga serta UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang pemerintah daerah. Pelaksanaan Program Indonesia Sehat telah menyepakati adanya 12 indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga. Dimana salah satu indikator tersebut adalah upaya pengendalian penyakit tidak menular (PTM), didalamnya termasuk pengendalian penyakit DM (Kemenkes RI, 2016).

Melibatkan keluarga dalam perawatan dalam bentuk pemberian asuhan keperawatan keluarga dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan teori *family centered nursing*. Pendekatan teori ini mendeskripsikan keterkaitan dan peran aktif dari keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan di dalam keluarga (Friedman, dkk, 2003). Teori *family centered nursing* mendukung tercapai fungsi perawatan kesehatan keluarga dengan menyediakan asuhan keperawatan keluarga yang sistematis, dinamis dan berkelanjutan. Penyelesaian masalah kesehatan keluarga menggunakan teori

family centered nursing dimulai dari tahapan pengkajian, menetapkan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi (Friedman, dkk, 2003).

Komponen teori *Family Centered Nursing*. Model pengkajian teori *Family Centered Nursing* menurut (Friedman, dkk, 2003) terdiri dari 6 komponen yaitu:

a. Sosial budaya

Sosial budaya itu sendiri adalah segala hal yang dicipta oleh manusia dengan pemikiran dan budi nuraninya untuk dan/atau dalam kehidupan bermasyarakat. Atau lebih singkatnya manusia membuat sesuatu berdasar budi dan pikirannya yang diperuntukkan dalam kehidupan bermasyarakat.

b. Tahap dan riwayat perkembangan keluarga

Perkembangan keluarga merupakan proses perubahan yg terjadi pada system keluarga meliputi; perubahan pola interaksi & hubungan antar anggota keluarga disepanjang waktu. Perubahan ini berlangsung melalui beberapa tahapan atau kurun waktu tertentu. Pada setiap tahapan memiliki tugas perkembangan yg mesti dipenuhi supaya tahapan tersebut bisa dilalui dengan berhasil.

c. Lingkungan.

Lingkungan merupakan kombinasi antara kondisi fisik yang mencakup keadaan sumber daya alam seperti tanah, air, energi surya, mineral, serta flora dan fauna yang tumbuh di atas tanah maupun di dalam lautan, dengan kelembagaan yang meliputi ciptaan manusia seperti keputusan bagaimana menggunakan lingkungan fisik tersebut.

d. Struktur keluarga

pola dari kedudukan dan tugas yang ada didalamnya dari anggota keluarga tersebut.

e. Fungsi

Dari beberapa pendapat para ahli bahwa dalam fungsi keluarga sehubungan dengan tugas keluarga yang diantaranya fungsi afektif (*the Affective Function*), fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, dan fungsi perawatan.

f. Stres, koping dan adaptasi keluarga

Koping merupakan cara yang dapat dilakukan individu/keluarga, dalam menyelesaikan masalah yang terjadi, menyesuaikan diri dengan keinginan yang akan dicapai, dan respons terhadap situasi yang menjadi ancaman bagi diri individu

E. Kerangka Teori

