##  LAPORAN PENGABDIAN MASYARAKAT

**PERAWATAN LUKA DIABETES MELITUS II**

**DI SELANEGARA RT 01 RW 01 KEC KALIGONDANG**



## Disusun Oleh :

## Ketua / NIDN : Rahaju NingTyas., S.Kp., M.Kep / 1126097001

## Anggota / NIDN : Priyatin Sulistyowati, M.Kep / 0620037601

##

Di Biayai Dana Institusi

Melalui UP2M Politeknik Yakpermas Banyumas

Tahun Anggaran 2019/2020

## PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

## POLITEKNIK YAKPERMAS BANYUMAS

**2020**

## HALAMAN PENGESAHAN

**PENGABDIAN MASYARAKAT**

**Judul Penelitian** : Perawatan Luka Diabetes Melitus II Di Selanegara RT 01 RW 01 Kec Kaligondang

**Bidang Keperawatan** : Keperawatan Luka

**Ketua Pengabdian Masyarakat :**

1. Nama Lengkap : Rahaju Ningtyas, S.Kp., M.Kep
2. NIDN : 1126097001
3. Jabatan Fungsional : -
4. Program Studi : Keperawatan
5. Nomer Hp : 081357935098

**Anggota Pengabdian Masyarakat**

1. Nama Lengkap : Priyatin Sulistyowati, M.Kep
2. NIDN/NIK : 0620037601
3. Nomer Hp : 0895385006692

**Mitra Pengabdian Masyarakat :** Selanegara

**Lama Pengabdian Masyarakat :** 1 minggu

**Lama Penelitian :** 1 (satu) minggu, Tahun 2020

**Biaya Penelitian Keseluruhan :** Rp 2.000.000,-

Banyumas, 3 Agustus 2020

|  |  |
| --- | --- |
| Mengetahui Kepala UPPM,Ns. Sudiarto, M.Kep0616037603 |  Ketua Pengabdian Masyarakat,Rahaju Ningtyas.,S.Kep.,M.Kep06080980089 |
| Menyetujui, |
| Direktur Politeknik Yakpermas Banyumas |
|  |
|  |
|  |
| Rahaju Ningtyas, S.Kp, M.KepNIDN. 1126097001 |

## DAFTAR ISI

Halaman

Halaman sampul

[Halaman pengesahan i](#_TOC_250007)

[Daftar isi …ii](#_TOC_250006)i

[Daftar lampiran i](#_TOC_250005)v

[Kata pengantar v](#_TOC_250004)

[RINGKASAN v](#_TOC_250003)i

[BAB I PENDAHULUAN 1](#_TOC_250002)

1. Latar Belakang 1
2. Rumusan Masalah 3
3. [Tujuan Penelitian](#_TOC_250001) 4
4. Urgensi Penelitian 4

BAB II TINJAUAN PUSTAKA 5

BAB III METODE PENELITIAN 14

[BAB IV BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN](#_TOC_250000) 18

Daftar Pustaka 19

Lampiran 20

## DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 GAMBAR DIABTES MELITUS

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penyusunan proposal penelitian ini dapat diselesaikan dengan baik. Proposal penelitian merupakan salah satu tugas dosen dalam pelaksanaan Tri Darma Perguruan Tinggi. Oleh karena itu penting untuk dilaksanakan untuk pengembangan keilmuan, khususnya di bidang ilmu keperawatan rawat luka. Oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Rahaju Ningtyas, S.Kp., M.Kep selaku Direktur Politeknik Yakpermas Banyumas
2. Seluruh cirvitas akademik Politeknik Yakpermas Banyumas

mendukung dalam penyusunan proposal pengabdian masyarakat ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penulisan laporan ini masih banyak kekurangan, sehingga kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan untuk perbaikan ke depan.

September, Agustus 2020

Penulis

## RINGKASAN

**Permasalahan :** Diabetes melitus (DM) merupakan salah satu masalah kesehatan di dunia dengan prevalensi yang makin meningkat serta memiliki dampak medis dan sosial yang penting. Diabetes melitus dapat menimbulkan komplikasi mikro dan makrovaskuler tergantung pada adanya gangguan kadar glukosa darah. Gangguan kadar glukosa darah ini memiliki dua komponen, yaitu hiperglikemia kronik dan fluktuasi kadar glukosa darah akut dari puncak ke nadir. Kedua komponen ini menyebabkan terjadinya komplikasi DM melalui dua mekanisme utama, yaitu glikasi protein yang berlebihan dan stres oksidatif. *Glycated albumin* menggambarkan ketidak terkendalian glukosa jangka menengah dan malondialdehid menggambarkan adanya stres oksidatif. Nefrin merupakan salah satu marker kerusakan podosit yang menggambarkan adanya penyakit ginjal diabetes.a

**Solusi:** Penelitian ini adalah penelitian observasional dengan metode potong lintang. Sampel penelitian adalah 30 orang pasien DM tipe 2. Pada pasien dilakukan pemeriksaan kadar *glycated albumin* (GA) serum, kadar malondialdehid (MDA) serum dan kadar nefrin urin.

**Hasil :** Dari 30 orang pasien DM tipe 2, terdapat peningkatan yang bermakna kadar GA dan MDA. Rerata kadar GA serum 20,87 (5,91) %, kadar MDA serum 9,24 (5,59 – 13,59) dan kadar nefrin urin 369,25 (6 – 3952) ng/ml. Terdapat korelasi sedang antara kadar GA serum dengan kadar nefrin urin (p = 0,027) dan korelasi sedang antara kadar MDA serum dengan

kadar nefrin urin (p = 0,003).

**Kata Kunci**: DM tipe 2, ketidakterkendalian glukosa darah, *glycated albumin*, malondialdehid serum, nefrin urin.

## BAB I

## PENDAHULUAN

* 1. **Latar Belakang**

Jumlah orang lanjut usia diseluruh dunia diperkirakan ada 500 juta dengan usia rata – rata 60 tahun dan diperkirakan pada tahun 2025 akan mencapai 1,2 miliyar. Dinegara maju seperti Amerika Serikat pertambahan orang lanjut usia diperkirakan 1.000 orang perhari dan diperkirakan 50% dari penduduk berusia di atas 50 tahun sehingga istila *Baby Bom* pada masalalu berganti menjadi “Ledakan Penduduk Lanjut Usia. Permasalahan pada lansia dalam pemeliharaan kesehatan hanya 5% yang di urus oleh institusi, 25 % dari semua resep obat – obatan adalah untuk lanjut usia, penyakit – penyakit mungking ganda dan kronis hampir 40% melibatkan lebih dari satu penyakit, akibat – akibat dari ketidak mampuan lebih dari satu penyakit (komplikasi sering terjadi), akibat – akibat dari ketidak mampuan akan lebih cepat terjadi apabila lanjut usia itu jatuh sakit, respon terhadap pengobatan berkurang, daya tangkal lebih rendah karena proses ketuaan mudah terkena penyakit (*Padila 2013 : 1&2*).

Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut Aging Process atau proses penuaan. Usia yang dijadikan patokan untuk lanjut usia berbeda – beda, umumnya berkisar antara 60 65 tahun (WHO 2010). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) membagi lansia dalama 4 tahapan yaitu :

1. Usia perengahan (middle age usia 45 – 59 tahun
2. Lanjut usia (elderly ) usia 60 – 74 tahun
3. Lanjut usia tua (old ) usia 75 – 90 tahun
4. Usia sangat tua ( very old ) > 90 tahun

Penyakit yang diderita lanjut usia salah satunya adalah diabetes militus. Diabetes Mellitus (DM) merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiper glikemia (Burnner dan Suddarth, 2012). Apabila dibiarkan tidak terkendali, diabetus mellitus dapat menimbulkan komplikasi yang berakibat fatal, misalnya terjadi penyakit jantung koroner, gagal ginjal, kebutaan dan lain-lain.

Menurut data stastistik tahun 2007 dari WHO terdapat 135 juta penderita Diabetes Mellitus di seluruh dunia. Tahun 2010 jumlah Diabetes Mellitus diperkirakan akan meningkat mencapai sekitar 230 juta, dan diprediksi jumlah penderita Diabetes Mellitus lebih dari 220 juta penderita di tahun 2015 dan lebih dari 300 juta di tahun 2025. Saat ini penyakit Diabetes Mellitus banyak dijumpai penduduk Indonesia. Bahkan WHO menyebutkan, jumlah penderita Diabetes Mellitus di Indonesia menduduki ranking empat setelah India, China, dan Amerika Serikat.

Ketua Indonesian Diabetes Association (Persadia) Soegondo mengatakian bahwa Diabetes Mellitus Tipe II merupakan yang terbanyak, yaitu sekitar 95% dari keseluruhan kasus Diabetes Mellitus. Selain faktor genetik, juga bisa dipicu oleh lingkungan yang menyebabkan perubahan gaya hidup tidak sehat,seperti makan berlebihan (berlemak dan kurang serat), kurang aktivitas fisik, stress. Jumlah penderita diabetes di Indonesia hingga kini mencapai 14 juta orang. Rata-rata 50% dari jumlah pasien diabetes baru menyadari mereka menderita sakit gula setelah memeriksakan ke dokter. Selain itu, hanya 30% saja pasien diabetes yang berobat. Sekitar 2,5 juta jiwa atau 1,3 persen dari 210 juta penduduk Indonesia setiap tahun meninggal dunia karena komplikasi sakit kencing manis (Diabetes Mellitus). Jumlah penderita kencing manis di Indonesia kini mencapai lima juta jiwa atau lima persen dari jumlah penduduk. Terbukti jumlah penderita Diabetes Mellitus saat ini terbesar berada di daerah perkotaan mencapai 2,8 persen dan di pedesaan baru 0,8 persen dari jumlah penduduk dan sebagian dari penderita memiliki luka ulkus diabetik.

Hasil penelitian yang dilakukan Elsya maharani dkk (2015) dengan judul pengaruh teknik *Modern Dressing* Terhadap Proses Penyembuhan Luka *Diabetes Melitus* Di Klinik Perawatan Luka Griya Assyifa Kabupaten Jember, dengan menggunakan desain penelitian *pre test – post test* diperoleh hasil ada pengaruh teknik modern dressing terhadap proses penyembuhan luka diabetes militus di klinik Griya Assyifa Kabupaten Jember dangan hasil P *value* = 0,00 P (< 0.001).

Hasil penelitian yang Edy Siswanto (2016) dengan judul Efektifitas perawatan luka diabetic metode modern dressing menggunakan madu terhadap proses penyembuhan luka di RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojokerto, hasil penelitian dengan menggunakan metode penelitian *pre – experimental* dengan rancangan *one group pretest – posttest design* dapat disimpulkan bahwa perawatan luka diabetic metode modern dengan menggunakan madu berpengaruh terhadap proses penyembuhan luka dengan hasil uji *Wilxcom* diketahui p= 0,001<0,05.

Dari hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 20 februari 2018 terdapat 31 orang pasien yang mengatan bahwa luka ulkus diabetikum akibat diabetes militus yang dideritanya mengalami perubahan setelah melakukan perawatan luka.

Berdasarkan kondisi diatas dan keingin tahuan peneliti tentang Pengaruh Perawatan Luka Terhadap percepatan penyembuhan Luka Ulkus Diabetik pada pasien dengan Diabetes Militus maka peneliti tertarik untuk meneliti “Hubungan Perawatan Luka Dengan proses percepatan penyembuhan Luka Ulkus Diabetik pada lansia dengan Diabetes Militus di Klinik Kotamobagu Wound Care”.

* 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah tentang “Perawatan Luka Diabetes Melitus II Di Selanegara RT 01 RW 01 Kec Kaligondang”.

* 1. **Tujuan Penelitian**
1. **Tujuan Umum**

Untuk mengetahui “Perawatan Luka Diabetes Melitus II Di Selanegara RT 01 RW 01 Kec Kaligondang”.

1. **Tujuan Khusus**
	1. Mengetahui hubungan “Perawatan Luka Diabetes Melitus II Di Selanegara RT 01 RW 01 Kec Kaligondang”
	2. Mengetahui proses percepatan penyembuhan “Perawatan Luka Diabetes Melitus II Di Selanegara RT 01 RW 01 Kec Kaligondang”.
	3. Menganalisis hubungan perawatan luka dengan proses percepatan penyembuhan “Perawatan Luka Diabetes Melitus II Di Selanegara RT 01 RW 01 Kec Kaligondang”.
	4. **Urgensi Penelitian**

**Diabetes tipe 2 adalah kondisi ketika kadar gula darah melebihi nilai normal akibat resistensi insulin. Diabetes tipe 2 merupakan jenis diabetes yang paling sering terjadi. Kondisi yang berlangsung dalam jangka panjang ini lebih sering dialami oleh orang dewasa.**

## BAB II

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Diabetes Melitus**
	* 1. Definisi Dibaetes Melitus

 Diabetes melitus merupakan sekumpulan gejala yang ditunjukkan dengan kondisi hiperglikemia, dimana kadar gula darah seseorang berada diatas batas normal (dalimartha, 2003 dalam Garnita, 2012). Menurut WHO, nilai rujukan untuk DM adalah >200 mg/dl, normal jika <140 mg/dl, dan toleransi glukosa terganggu (TGT) 140-200 mg/dl. Luka diabetesmelitus merupakan komplikasi jangka panjang dari diabetes melitus (15%) (ADA,2007 dalam Wulandari, Yetti, & Hayati, 2010).

1. **Tanda dan Gejala Dibaetes Melitus**
2. Polyfagia
3. Polyuria
4. Polidipsi
5. Kelelahan
6. Pandangan kabur
7. Infeksi pada ginjal, kandungan kemih, dan kulit
8. **Klasifikasi Diabetes Melitus**
9. **DM Tipe 1**

 DM tipe 1 disebabkan oleh defisiensi hormon insulin karena kerusakan sel & pankreas. Penderita DM tipe 1 sangat bergantung pada asupan insulin dari luar. Oleh karena itu DM tipe ini disebut juga IDDM *(Insulin Dependent Diabetes Melitus).* Dan tipe ini biasa terjadi pada usia muda sebelum usia 30-40 tahun namun dapat menyerang beberapa usia 30-40 tahun namun dapat menyerang berbagai usia. Kasus DM tipe 1 merupakan 5-10% dari keseluruhan kasus diabetes.

1. **DM Tipe 2**

DM tipe 2 disebabkan ole resistensi insulin dan atau kurangnya sekresi insulin, atau dapat juga disebabkan karena genetik, gaya hidup, dan lingkungan. Pada DM tipe 2, insulin yang dihasilkan tidak mencukupi, yang berakibat hiperglikemi. Selain itu, kurangnya reseptor insulin juga menyebabkan terjadinya DM tipe 2 meskipun jumlah insulin yang dihasilkan cukup karena jumlah reseptor yang mengangkut insulin kurang (resistensi insulin). DM tipe 2 disebut juga NIDDM *(Non Insulin Dependent Diabetes Melitus).* Kasus DM tipe 2 merupakan 80-90% dari keseluruhan kasus DM.

1. **DM Tipe Lainnya**

DM tipe ini disebut juga dengan DM sekunder. DM ini disebabkan oleh kelainan fungsi sel beta dan kelenjar insulin akibat gangguan genetik, penyakit pada kelenjar eksokrin pankreas, zat kimia, infeksi, kelainan genetik, dan penyakit imunologi lainnya.

1. **DM Gestasional**

DM gestasional terjadi jika seorang wanita mengalami DM pada masa kehamilan.

1. **Komplikasi Diabetes Melitus**
2. Komplikasi akut dari DM antara lain ketoasidosis diabetik (KAD) dimana kadar gula darah mencapai 300-600 mg/dl, Status hiperglikemia Hiperosmolar (SHH) dimana kadar gula darah mencapai 600-1200 mg/dl. Keadaan hipoglikemi juga merupakan komplikasi akut dari DM (glukosa <60 mg/dl).
3. Komplikasi kronik dari DM adalah rusaknya pembuluh darah dan sraf. Jika pembuluh darah yang rusak adalah pembuluh darah yang besar, misalnya pembuluh darah jantung akan mengakibatkan jantung koroner, jika yang rusak adalah pembuluh darah tepi terutama pada tungkai maka akan terjadi luka akibat iskemia pada kaki dan jika yang rusak adalah pembuluh darah di otak maka akan menyebabkan stroke kerusakan pembuluh darah kecil (mikroangiopati) dapat menyebabkan kebutaan jika mengenai pembuluh darah retina, dan dapat menyebabkan nefropati diabetikum jika merusak pembuluh darah ginjal. Saraf yang rusak (paling sering adalah saraf perifer) akan meneybabkan terjadinya kebas atatu baal pada ujung-ujung kaki, sehingga pasien DM sering tidak merasakan ada luka pada kakinya yang akan menyebabkan luka tersebut menjadi lebih dalam (ulkus kaki).
4. **Terjadinya Luka Diabetik**

Ada beberapa yang mempengaruhi :

* **Neuropati Diabetik**

Adalah kelainan urat saraf akibat DM karena tinggi kadar dalam darah yang bisa merusak urat saraf penderita dan menyebabkan hilang atau menurunnya rasa nyeri pada kaki, sehingga apabila penderita mengalami trauma kadang-kadang tidak terasa. Gejala-gejala neuropati : kesemitan, rasa panas (wedangan : bahasa jawa), rasa tebal ditelapak kaki, kram, badan sakit semua terutama malam hari.

* **Angiopati Diabetik (Penyempitan Pembuluh Darah)**

Pembuluh darah besar atau kecil pada penderita DM mudah menyempit dan tersumbat oleh gumpalan darah. Apabila sumbatan terjadi di pembuluh darah sedang/besar pada tungkai maka tungkai akan mudah mengalami gangren diabetik yaitu luka pada kaki yang merah kehitaman dan berbau busuk. Adapun angiopati menyebabkan asupan nutrisi, oksigen serta antibiotik terganggu sehingga menyebabkan kulit sulit sembuh.

* **Infeksi**

Infeksi sering merupakan komplikasi akibat berkurangnya aliran listrik (neuropati).

1. **Alat dan Bahan Yang Diperlukan**
* Sabun cuci luka (1 Buah)
* Salep luka (1 Buah)
* Rebusan daun sirih (1 Buah)
* Kassa steril (1 Buah)
* Kassa gulung (1 Buah)
* Bengkok (1 Buah)
* Kantong plastik (1 Buah)
* Pinset anatomis (1 Buah)
* Pinset sirugis (1 Buah)
* Gunting jaringan (1 Buah)
* Gunting kasa (1 Buah)
* Hipafix/plester (1 Buah)
* Handscoon (1 Buah)
* Bak instrument (1 Buah)
1. **Perawatan Kaki Penderita DM**

Tindakan pencegahan agar tidak terjadi luka, sebagai berikut :

* Penderita harus mencuci kakinya setiap hari dengan teratur, sesudah dicuci dikeringkan dengan seksama (terutama pada sela-sela jari kaki)
* Dapat dipakai bedak atau lotion
* Pada penderita dengan komplikasi kronis DM, sebaiknya jangan menggunakan air hangat atau air panas untuk merendam kaki, oleh karena kepekaan rasa di kaki untuk panas berkurang sehingga penderita tidak merasakan apa-apa, walaupun kakinya melepuh.
* Apabila penderita merasa kakinya dingin, sebaiknya memakai kaos kaki, sebaiknya memilih aos kaki yang bahannya wol atau katun. Kaos kaki tersebut sebaiknya juga diapaki sewaktu tidur.
* Apabila memaki sepatu atau sandal, perlu diperiksa apakah alas kakinya licin dan rata. Apabila membeli sepatu baru, sebaiknya diperhatikan : sepatu jangan terlalu sempit, sebaiknya sepatu yang kulitnya lemas, pada awalnya sepatu tersebut dipakai beberapa jam saja, untuk membiasakan diri.
* Pada penderita DM yang mengalami gangguan syaraf sebaiknya jangan berjalan tanpa alas kaki, karena dapat terkena luka tanpa penderita menyadarinya.
* Sela-sela jari kaki perlu diperiksa, apakah terdapat luka atau kulit yang pecah-pecah, yang disebabkan oleh jamur kaki. Bila ada, cepat pergi ke dokter untuk diobati.
1. **Langkah-langkah Perawatan Luka**
2. Fase Oritentasi
3. Memberi salam
4. Memperkenalkan diri
5. Menjelaskan tujuan tindakan
6. Menjelaskan langkah dan prosedur
7. Menyakan kesiapan pasien
8. Fase Kerja
9. Mencuci tangan dengan air mengalir dan membilas dengan handscrub gel.
10. Memakai sarung tangan.
11. Mendekatkan alat dengan tempat kerja.
12. Menaruhkan kaki ke dalam kantong plastik sebagai alasnya.
13. Membuka balutan.
14. Balutan yang telah dibuka dimasukkan kedalam neirbeken/plastik sampah.
15. Basahi luka dengan air rebusan daun sirih.
16. Cuci luka dengan menggunakan sbaun luka.
17. Membersihkan luka secara lembut dan gentel dengan menggunakan kasa besar/kecil bersih (kassa steril). Serta mengangkat jaringan mati (slough dan necrosis)
18. Bilas dengan air rebusan daun sirih
19. Keringkan luka dengan kasa besar/kecil steril.
20. Olesi luka dengan salep luka
21. Memilih balutan sesuai jenis luka (cairan dan warna luka).
22. Mencuci tanagn dengan air mengalir dan membilas dengan handscub gel.
23. Dokumentasikan luka : stadium, warna dasar, ukuran luka, warna kulit sekitar luka, cairan luka.
24. Merapikan alat.
25. Fase Terminasi
26. Melakukan evaluasi tindakan dan menyampaikan rencana tindak lanjut
27. Berpamitan
28. Mendokumentasikan tindakan

## BAB III

## METODE PENELITIAN

1. **Jenis dan Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode obeservasi, dengan pendekatan Cross Sectional dimana data yang menyangkut variabel bebas atau risiko dan variable terikat atau variabel akibat akan dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan
(Notoatmodjo, 2010). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah Kepatuhan diet DM yang dilihat dari segi jumlah, jenis dan jadwal dan variabel terikatnnya adalah sisa makanan serta kadar glukosa darah pasien Diabetes Mellitus.

1. **Tempat dan Waktu Penelitian**
2. Tempat penelitian

Penelitian ini akan diaksanakan di “Selanegara RT 01 RW 01 Kec. Kaligondang.

1. Waktu

Waktu penelitian dilaksanakan mulai dari penyusunan proposal, pelaksanaan penelitian, sampai dengan penyusunan laporan hasil penelitian yaitu pada bulan November-Januari 2023.

1. **Instrument Penelittian**

 Intrument yang digunakan adalah lembar SOP dan lembar pengkajian luka (*Bates*-*Jensen*) yang terdiri dari 10 item observasi untuk mengetahui perkembangan penyembuhan luka dengan aplikasi modern dressing. Setiap item mempunyai skala penilaian 1-5 yang bersifat unfavorable (*negatif*) sehingga semakin tinggi nilai setiap item, maka semakin buruk kondisi luka. Data responden disajikan berupa skor luka.

 Apabila luka ulkus dikatakan sembuh (*heated*), maka item 1-10 diberi nilai 1, sehingga total skor terendah adalah 10. Apabila luka dinyatakan mengalami regenerasi (*wound* *regeneration*), maka total skor terendah pada ke 10 item bernilai 10 dengan masing-masing item diberi nilai 1. Apabila luka tidak bergenerasi (*wound* *degeneration*), total skor tertinggi pada ke 10 item bernilai 50 dengan masing-masing item diberi nilai 1, maka total skor diperoleh adalah 10, luka dinyatakan mengalami penyembuhan.

1. **Prosedur Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Tahap persiapan penelitian
2. Peneliti menyusun proposal dan melakukan bimbingan
3. Mengurus surat izin studi pendahuluan di Politeknik Yakpermas Banyumas
4. Mengajukan surat izin studi pendahuluan di Selanegara RT 01 RW 01 Kec. Kaligondang
5. Peneliti mendatangi lokasi penelitian untuk melakukan pengambilan data
6. Mengurus surat perizinan penelitian di Selanegara RT 01 RW 01 Kec. Kaligondang
7. Tahap studi dokumentasi, studi pustaka, penyusunan proposal dan dilanjutkan dengan ujian proposal
8. Tahap pelaksanaan penelitian
9. Menjelaskan pada responden tujuan peneliti untuk mengamati perkembangan perawatan luka menggunakan aplikasi *modern dressing*
10. Mengajukan izin kesepakatan pada responden untuk menjadi sampel dan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden *(informed consent)* bagi responden yang bersedia menhadi sampel penelitian
11. Setelah responden memahami tujuan penelitian, maka responden diminta kesediannya untuk mengisi lembar kueisioner
12. Jika responden menyatakan bersedia , maka lembar kuesioner diberikan untuk mengisi karakteristik responden
13. Setelah kuesioner selesai diisi oleh responden, peneliti melakukan perawatan luka menggunakan aplikasi *modern dressing* berdasarkan lembar SOP perawatan luka dan pengkajian luka menurut (*bates-janson)*
14. Setelah melakukan perawatan luka selanjutnya menulis implementasi dressing apa saja yang digunakan dalam perawatan luka *modern dressing*
15. Tahap penyelesaian
16. Peneliti menyusun laporan hasil peneliti dan melakukan bimbingan
17. Peneliti mengikuti ujian hasil
18. **Analisa Data dan Pengolahan Data**

Suatu penelitian, pengolahan data merupakan salah satu langkah yang penting. Hal ini disebabkan karena data yang diperoleh langsung dari penelitian, belum memberikan informasi apa-apa, dan belum siap untuk dilakukan (Notoatmodjo, 2010).

1. **Pengelolaan Data**
2. ***Editing***

Jawaban kuesioner dari responden secara langsung diolah, tapi perlu diperiksa terlebih dahulu terkait kelengkapan jawaban (Nursalam, 2013). Proses editing penelitian ini dilakukan sendiri oleh peneliti. Hasil observasi yang dilakukan terhadap responden secara langsung diolah, tapi perlu diperiksa terlebih dahulu terkait kelengkapan penilaian pengkajian pada lembar observasi.

1. ***Coding***

Semua jawaban dari responden dari kuesioner alat ukur diubah menjadi kode-kode yang memungkinkan peneliti lebih mudah menganalisa data. Pengkodean diberikan saat melampirkan dokumentasi dari responden, seperti nama responden yang disertakan hanya inisial. Pengolahan data menggunakan SPSS, pada karakteristik responden jenis kelamin juga dilakukan pengkodean seperti 1 kode untuk laki-laki dan 2 untuk perempuan. Selain itu, pada pertemuan pertama diberi kode pretest 1, pertemuan kedua diberi kode postest 2 dan pertemuan ketiga diberi kode postest 3.

1. ***Data Entry***

Data entry yakni hasil dari observasi dari masing-masing responden yang dalam bentuk kode dimasukkan ke dalam program komputer.

1. ***Cleaning***

Dalam tahap ini dilakukan pembersihan data jika terjadi kesalahan dalam memasukkan data, dengan cara mengetahui variasi data, konsistensi data dan membuat daftar list distribusi frekuensi.

1. **Analisa Data**
2. **Analisa Univariat**

Analisa univariat digunakan untuk mencari distribusi frekuensi dan presentase dari karakteristik responden. Analisis data dilakukan terlebih dahulu untuk mengetahui apakah data penelitian terdistribusi normal atau tidak. Analisa univariat dapat dihitung dengan menggunakan SPSS.

Rumus yang digunakan adalah :

P = $\frac{f}{n}X100\%$

Keterangan :

P = Presentase

*f = Frekuensi*

*n = Jumlah*

Tabel 3.1 Daftar analisis uji univariat

|  |  |
| --- | --- |
| **Variabel karakteristik** | **Analisis** |
| Usia | Proporsi |
| Jenis kelamin | Proporsi  |
| Lama menderita | Proporsi |
| Pekerjaan | Proporsi |
| Pendidikan | Proporsi  |

1. **Analisa Bivariat**

Penelitian ini merupakan penelitian Quasi Eksperimental yang melakukan analisa terhadap pengaruh dua variabel. Analisa bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berpengaruh. Data yang diperoleh melalui hasil pengkajian luka Betes-jensen dan catatan perkembangan yang diproses dan diolah sehingga dapat memberi makna guna menyimpulkan masalah penelitian. Tujuan analisis ini adalah untuk mengetahui bentuk pengaruh kedua variabel (indepen dan dependen).

Tabel 3.2 Daftar analisa uji bivariat

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Proses penyembuhan luka Bates-Jensen** | **Proses penyembuhan luka Bates-Jensen** | **Uji analisis** |
| Pretest 1 |  Posttest 1 | Uji T-test |
|  | Posttest 2 |  |
|  | Posttest 3 |  |
|  | Posttest 4 |  |
|  | Posttest 5 |  |
| Posttest 1 | Posttest 1 | Uji T-test |
|  | Posttest 2 |  |
|  | Posttest 3 |  |
|  | Posttest 4 |  |
|  | Posttest 5 |  |
| Posttest 2 | Posttest 2 | Uji T-test |
|  | Posttest 3 |  |
|  | Posttest 4 |  |
|  | Posttest 5 |  |
| Posttest 3 | Posttest 3 | Uji T-test |
|  | Posttest 4 |  |
|  | Posttest 5 |  |
| Posttest 4 | Posttest 4 | Uji T-test |
|  | Posttest 5 |  |
| Posttest 5 | Posttest 5 | Uji T-test |

1. **Uji Validas dan Reabilitas**

 Uji validitas digunakan untuk menunjukkan tingkat kesahihan suatu intrumen penelitian (Nursalam, 2015). Reliabilitas menunjukkan pada satu pengertian bahwa suatu intrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena intrumen tersebut sudah baku. Jawaban dari intrumen harus sama apabila pengukuran ditujukan pada orang yang berbeda ataupun waktu yang berbeda.

 Intrument yang digunakan pada penelitian ini tidak dilakukan uji validitas dan uji reabilitas karena intrument yang digunakan berupa SOP dan lembar observasi baku yang digunakan untuk penilaian luka.

1. **Etika Penelitian**

Uraian bagaimana memperoleh persetujuan *(informed consent)* dari calon responden dan persetujuan dari komite etik, dengan memperhatikan masalah etika yang meliputi:

1. Lembar persetujuan *(Informed Consent)*

Responden bersedia diteliti, pada saat diberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden dan selanjutnya responden mencantumkan tanda tangan sebagai bukti kesediaan responden menerima untuk menjadi subjek penelitian.

1. Tanpa nama *(Anonimity)*

Responden tidak perlu mencantumkan nama pada kembar pengumpulan data, tetapi cukup mencantumkan tanda tangan pada lembar persetujuan sebagai responden, untuk mengetahui keikutsertaan responden. Peneliti memberikan atau mencantumkan kode pada lembar kuesioner.

1. Kerahasiaan *(Confidentiality)*

Dalam penelitian ini peneliti merahasiakan informasi-informasi yang telah didapat dari responden termasuk identitas dan sebagai gantinya peneliti menggunakan nomor responden.

1. *Nonmaleficence*

Peneliti menjamin pada penelitian ini tidak akan merugikan calon responden apalagi sampai terjadi cidera bagi calon responden maupun orang lain.

1. *Beneficience*

Peneliti melakukan yang terbaik dalam melakukan tindakan penelitian berupa kuisioner, tapi dalam hal ini peneliti pun menekankan pada responden atau keluarga untuk menyampaikan pada peneliti apabila merasa tidak aman dan tidak nyaman selama proses penelitian sehingga menimbulkan rasa kelelahan maka dihentikan dan mengobservasi keadaan responden.

1. **Alur Penelitian**

Persiapan Penelitian

Selanegara RT 01 RW 01 Kec. Kaligondang

Pasien luka diabetik sesuai dengan kriteria inklusi

Bersedia

Penilaian lebih lanjut

Sampel:

*Non probability sampling*

Memenuhi kriteria

Pengukuran variabel

Lembar kuesioner karakteristik responden

Pengkajian luka berdasarkan *(Bates-Janson)*

Pengolahan & analisa data

Analisa data

Pembahasan dan kesimpulan

Mengurus surat ijin Penelitian di Politeknik Yakpermas Banyumas

\

Informed consent

## BAB IV

## BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

1. **Justifikasi Anggaran**
2. **Ringkasan Anggaran Penelitian Yang Diajukan**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **Jenis Pengeluaran** | **Biaya usulan** |
| 1 | Koordinasi kegiatan | Rp. 150.000,- |
| 2 | Bahan habis pakai danperalatan / pembuatan prototype | Rp. 1.000.000,- |
| 3 | Honor Ketua dan Anggota | Rp. 700.000,- |
| 4 | Penyusunan Proposal dan Laporan | Rp. 150.000,- |
| JUMLAH BIAYA | Rp. 2.000.000,- |

1. **Jadwal Kegiatan**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Jenis Agenda | Pelaksanaan Kegiatan Bulanan |
| Bulan ke-6 | Bulan ke -7 | Bulan ke -8 |
| 1 | Persiapan Penelitian | V |  |  |
| 2 | Penyusunan proposal | V |  |  |
| 3 | Pelaksanaan |  | V |  |
| 4 | Penyusunan Laporan Penelitian |  |  | V |

# **DAFTAR PUSTAKA**

# ADA (American Diabetes Association). 2005. Clinical Pratice Recomendation :Standar Of Medical Care. 30(1), s4-s41 tersedia dalamhttp://www.care.diabetesjournals.org. Diakses tanggal 6 Juni 2017

# Almatsier, Sunita 2012. Penuntun Diet edisi baru. Jakarta: PT Gramedia PustakaUtama.

# Aprilina, N. 2003. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Daya Terima Pasien TerhadapMakanan yang Disajikan Instalasi Gizi Rumah Sakit Umum DaerahKabupaten Serang. Skripsi FKM UI.

# Depkes RI. 2006. Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit. Jakarta: Depkes RI

# Depkes RI. 2008 . Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Jakarta: DepkesRI

# Dewi, A.K.P. 1999. Penerimaan Pasien Rawat Inap Terhadap Makanan Biasa DanHubungannya Dengan Sisa Makanan di RSU Kardinah Tegal (Studi DiBangsal Kebidanan Dan Bedah) tersedia dalam http://www.m.undip.ac.iddiakses tanggal 13 Maret 2017

# Endang, 2006. Evaluasi Tatalaksana Terapi Diet Pada Penderita Diabetes MellitusDi Ruang Inap Badan RSUD. Dr.M.Ashari Pemalang. Jurnal GiziKliniik Indonesia

# Fibriana, D. 2010. Hubungan Pola Makan Dengan Kadar Gula Darah Pada PenderitaDiabetes Mellitus. Semarang: Universitas Dipenegoro

# Gibson, Rosalind S..1990. Principles of Nutritional Assessment. New York: OxfordUniversity Press.

# IDF. 2010. Diabetes and Impaired Glucose Tolerance. International DiabetesFederation. tersedia dalamhttp://www.idf.org/sites/default/files/TheGlobalburden.pdf. diaksestanggal 23 Maret 2017

# Irawati. 2009. Analisis Sisa Makanan dan Biaya Sisa Makanan Pasien SkizofreniaRawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Madani Palu. Thesis UniversitasGadjah Mada

# KemenKes, RI. 2013. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

# Machdar. 2003. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Daya Terima MakananNon- Diet pada pasien Rawat Inap Dewasa di RS Pelabuhan Jakarta.Skripsi FKM UI.

# Mifisoni, S. 2009. Nutritional Habits of the Inhabitants of the Island of Vis. CoU.Antropol, 33 (4): 1273-1279

# Moehyi. 1992a. Penyelenggaraan Makanan Institusi dan Jasa Boga. Jakarta: Bhratara

# Munawar, Asep Ahmad. 2011. Hubungan Penampilan Makanan, Rasa Makanan danFaktor Lainnya dengan Sisa Makanan (Lunak) Pasien Kelas 3 di RSUPDR Hasan Sadikin Bandung. Tesis FKM UI.

# National Health Service (NHS). 2005. Managing Food Waste in the NHS. Departmentof Health. NHS Estates

# Nida, Khairun. 2011. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Sisa Makanan PasienRawat Inap Di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum. Skripsi Sekolah TinggiIlmu Kesehatan Husada Borneo Banjarbaru.

# Notoatmodjo Soekidjo. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan.Jakarta: Rineka Cipta

# Notoasmoro S, Ismail, Metode Penelitian Klinis. Jakarta : Balai Penerbit FKUI; 1996.

# Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI), 2011. Konsensus Pengendaliandan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe2 di Indonesia 2011. Jakarta

# Price, SA. 2006. Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Edisi ke-6.

# Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

# Puspita, Devi Karina dan Sri Ratna R. Faktor-Faktor yang Berhubungan denganPerilaku Menyisakan Makanan Pasien Diit Diabetes Mellitus. JurnalKesehatan Masyarakat (2011) 6: 120-6.

# Smeltzer SC, Bare BC. 2002 .Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner &Suddarth. Edisi ke-8. Jakarta: EGC.

# Soegondo, S. 2007. Diagnosis dan klasifikasi Diabetes Melitus terkini.Dalam Penatalaksanaan Diabetes Mellitus terpadu. Jakarta: BalaiPenerbit FKUI

# Susanto,T. 2013. Diabetes, Deteksi, Pencegahan, Pengobatan. Buku Pintar ISBN.Jakarta.

# Susyani. Endy Paryanto dan Toto Sudargo. 2005. Akurasi Petugas Dalam PenentuanSisa Makanan Pasien Rawat Inap Menggunakan Metode Taksiran VisualSkala Comstock 6 Poin. Jurnal Gizi Klinik Indonesia.2:1

# Tapan, E. 1998. Penyakit Degeneratif. Jakarta: Gramedia

# Tjokroprawiro, A. 2012. Garis Besar Pola Makan dan Pola Hidup Sebagai PendukungTerapi Diabetes Melitus. Surabaya: Fakultas Kedokteran Unair

# Utari, R. 2009. Evaluasi Pelayanan Makanan Pasien Rawat Inap Di PuskesmasGondangrejoKaranganyar. Karya tulis ilmiah FIK UMS

# Williams, Peter G. dan Karen Walton. 2011. Plate Waste in Hospitals and Strategiesfor Change. European e-journal of Clinical nutrition and metabolism. 6(6),e235-41

# WHO. 2010. Diabetes Fact Sheet [internet]: World Health Organization Tersedia darihttp://www.who.int/mediacentre/factsheets-/fs312-/en/index.html diaksestanggal 14 Maret 2017.

# **LAMPIRAN – LAMPIRAN**

# **C:\Users\USER\Downloads\WhatsApp Image 2022-11-21 at 14.45.19(1).jpeg**

# **C:\Users\USER\Downloads\WhatsApp Image 2022-11-21 at 14.45.19.jpeg**

****

 