

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Mellitus (DM) merupakan penyakit gangguan metabolisme karbohidrat yang berlangsung kronis dengan komplikasi *diabetic foot ulcer* (Bryant & Nix, 2007). *Diabetic foot ulcer* (DFU) merupakan kerusakan jaringan akibat gangguan neurologis (neuropati) dan vaskuler pada tungkai yang pada akhirnya menjalani amputasi dan mempengaruhi *quality of life* penderita (Foley, 2007; Firman, 2012; Souza, 2013). *Quality of Life* (QoL) dipengaruhi pengetahuan, dukungan sosial, regulasi diri dan *self behavior* (Ryan & Sawin, 2009; Hussein, 2010; Rondhianto, 2011; Gitawati, 2013).

Hasil konsensus internasional tentang manajemen dan pencegahan DFU dari beberapa negara seperti di Inggris insiden DFU sebesar 7,4%, di Belanda 2,1%, Swedia 3,6% dan 5,8% di Amerika Serikat dari partisipan DM (Jeefcoate & Harding, 2003 dalam Handayani, 2010). Insiden DFU di negara berkembang mencapai 2-4% kenaikan lebih tinggi dibandingkan dengan negara maju (Misnadiarly, 2005). Reiber *et al* (1995) dalam Bryant & Nix (2007) mengestimasi prevalensi partisipan DM dengan DFU sebesar 15%-20%. Insiden DFU tahun 2005 mencapai 25% dengan rentang kenaikan 1,9%-2,6% setiap tahunnya (Singh *et al*, 2005 dalam Iversen *et al*, 2009).

Kenaikan jumlah partisipan DFU di Indonesia belum tercatat dengan jelas, namun dapat terlihat dari kenaikan prevalensi DM. *World Health Organization* (WHO) menyebutkan penderita DM pada tahun 2000

berjumlah 8,4 juta jiwa dan diprediksi meningkat menjadi 21,3 juta jiwa pada tahun 2030. Berdasarkan angka tersebut dapat diprediksi jumlah penderita DM yang mengalami DFU dengan tingkat resiko 25% mencapai 5,3 juta jiwa (PERKENI, 2006). Berdasarkan Profil dan Informasi Layanan RSUD Dr. Moewardi Surakarta tahun 2006 terdapat penderita DM sebesar 13.968 pada tahun 2005 dan meningkat tahun 2006 menjadi 15.365 penderita, diantaranya menderita DFU pada tahun 2005 sebesar 362 penderita dan meningkat pada tahun 2006 menjadi 487 penderita. Data di bangsal dan poli bedah RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, menyebutkan bahwa DFU mengalami peningkatan sebanyak 11,8 % dari 118 kasus pada 6 bulan pertama menjadi 132 kasus pada 6 bulan kedua tahun 2011 (Wijanarko, 2013).

Data yang diperoleh di PKU Muhammadiyah Unit II terdapat 29 penderita DFU pada tahun 2012, 40 penderita DFU pada tahun 2013, dan pada tahun 2014 (Januari-Maret) terdapat 8 penderita DFU yang menjalani pengobatan rawat inap (Rekam Medik PKU Muhammadiyah Unit II Yogyakarta, 2014). Pengobatan DFU berfungsi untuk mencegah dan meminimalisasi komplikasi akut maupun kronik yang berdampak pada *self behavior* dan QoL (Hussein, 2010; Rondhianto, 2011; Ayele, 2012; Gitawati, 2013; Souza, 2013). Berdasarkan penelitian Wijanarko (2012) dari 23 partisipan DFU sebanyak 15 partisipan (65,22%) dalam kategori pengetahuan kurang. Penelitian Souza (2013) menyatakan bahwa partisipan DFU memiliki keterbatasan aktivitas dan kemauan yang rendah dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Pengetahuan dan kemauan yang rendah dapat digunakan sebagai tolak ukur dalam menilai *self behavior* (Gitawati, 2013).

Berdasarkan penelitian Costa (2011) 10 partisipan DFU merasa kurang mendapatkan pendidikan tentang pengelolaan penyakitnya, persepsi negatif terhadap status kesehatan dan kesejahteraannya sehingga QoL dalam kategori rendah. Hasil penilaian QoL partisipan DFU dari kategori dimensi fisik sebesar 50%, dimensi sosial sebesar 25%, dimensi lingkungan sebesar 24%, dan dimensi psikologis sebesar 65% masing-masing dalam kategori rendah (Firman, 2012).

Studi pendahuluan telah penulis lakukan pada 26 Maret 2014, pukul 09.00 WIB melalui wawancara 4 partisipan DFU beserta keluarga partisipan di ruang rawat jalan PKU Muhammadiyah Unit II Yogyakarta, partisipan berusia rata-rata 56 tahun terdiri dari 2 pria dan 2 wanita yang menderita DM lebih dari 3 tahun dan mengalami DFU satu tahun terakhir. Keluarga partisipan berumur rata-rata 33 tahun kesemuanya wanita. Seluruh partisipan dalam pengobatan menggunakan obat oral, keseluruhan tidak pernah berolahraga, akan tetapi satu partisipan rajin memeriksakan kadar gula darah dan satu partisipan merasa terkadang bosan dalam pengobatan. Ketiga partisipan mengalami masalah dalam pengaturan nutrisi dan merasa dibatasi untuk makan sesuai dengan keinginan. Partisipan merasa menjadi beban keluarga dan rendah diri. Partisipan DFU dan keluarga mengalami kebingungan tentang perawatan di rumah setelah keluar dari rumah sakit dan terkadang merasa letih serta bosan dalam pengelolaan DFU.

Hasil dari wawancara di atas bahwa partisipan DFU mengalami masalah bosan dalam pelaksanaan pengobatan, merasa menjadi beban keluarga dan rendah diri, sedangkan keluarga terkadang merasa letih dan

bosan dalam merawat partisipan serta kebingungan dalam melakukan perawatan di rumah. Kesimpulan dari hasil wawancara adalah *self management* individu dan keluarga pada partisipan DFU dalam kategori rendah.

Menurut Ryan & Sawin (2009) *individual and family self management* merupakan proses perubahan perilaku pada penderita dan keluarga melalui pendidikan kesehatan meliputi proses *self management* (pengetahuan dan kepercayaan), hasil proksimal (*self behavior*) dan hasil distal (QoL). Pendidikan kesehatan bagi partisipan dan keluarga dapat dilaksanakan melalui *discharge planning* untuk memberikan informasi, mengidentifikasi kebutuhan dan merencanakan keputungan serta mempersiapkan partisipan untuk meninggalkan pelayanan kesehatan dimulai saat masuk sampai pulang dari rumah sakit (Perry & Potter, 2005; Rondhianto, 2008; Hager, 2010).

Layanan keperawatan di Indonesia telah merancang format *discharge planning*, namun format dan pelaksanaannya hanya dalam bentuk pendokumentasian *resume* partisipan pulang, berupa informasi seperti intervensi medis dan non medis, jadwal kontrol, gizi yang harus dipenuhi setelah di rumah. Cara tersebut merupakan pemberian informasi ke partisipan dan keluarga hanya untuk sekedar tahu dan mengingatkan, namun tidak menjamin partisipan dan keluarga mengetahui serta memahami faktor resiko yang dapat membuat penyakitnya kambuh, penanganan kegawatdaruratan terhadap kondisi penyakitnya, perawatan *maintenance* di rumah yang menyebabkan tingginya angka *rehospitalisasi* (Agustin, 2013).

Terkait dengan *individual and family self management* serta pelaksanaan *discharge planning* di atas, maka peneliti memberikan solusi alternatif dengan mengembangkan konservasi *discharge planning* terstruktur. Konservasi *discharge planning* terstruktur merupakan modifikasi *discharge planning* dengan konservasi Myra E. Levine yang meliputi 4 tahap yaitu *knowledge analyse, discusion of needs, role play* dan *integrated evaluation*. *Knowledge analyse* yaitu *item tools* yang bertujuan bagaimana perawat mampu untuk mengetahui dan mampu menganalisis pengetahuan dan keyakinan partisipan dan keluarga tentang DFU seperti konservasi integritas energi (penggunaan dan efek samping obat, penggunaan obat alternatif, program diet, dan istirahat), konservasi integritas struktural (ROM, penilaian vaskularisasi, perawatan luka, *personal hygiene*, dan manajemen nyeri), konservasi integritas personal (pengertian penyakit, tanda dan gejala, komplikasi, klasifikasi Wagner, pengelolaan kecemasan dan spritual, fleksibilitas diri serta autonomi), konservasi integritas sosial (peranan keluarga, hubungan sosial dan modifikasi lingkungan).

Discusion of needs yaitu melakukan panduan perawat melakukan diskusi dengan partisipan DFU dan keluarga mengenai kebutuhan perawatan baik di RS maupun di rumah meliputi integritas personal (*goal congruence, outcome expectancy, self efficacy, self regulation*, kualitas hidup, manajemen *behavior*, kegiatan spritual, evaluasi diri, manajemen seks, salutogenese dan kontrol pikiran), integritas energi (menu dan jadwal diet, pemilihan jenis pengobatan sesuai keuangan, serta cara mempermudah istirahat), integritas

struktural (penentuan manajemen nyeri, dan ROM), dan integritas sosial (hubungan peran keluarga, sosial dan penetapan modifikasi lingkungan).

Role play dengan melakukan demonstrasi dan *skill* pada partisipan dan keluarga dalam manajemen DFU seperti konservasi integritas energi (tes darah dan suntik insulin), konservasi integritas struktural (ROM *ankle*, perawatan luka, membalut luka, relaksasi nafas dalam), konservasi integritas personal (*dzikir khafi* dan melakukan hal yang disukai sesuai kondisi tubuh), dan konservasi integritas sosial (berkeluh kesah kepada orang terdekat yang dipercayai, keluarga mampu memfasilitasi emosional, dan instrumental dan dapat melakukan kerjasama antara perawat, keluarga dan partisipan).

Integrated evaluation merupakan tahap terakhir yang berfungsi untuk mengevaluasi atau menilai tingkat kesiapan partisipan dan keluarga dalam manajemen perawatan DFU di rumah yang dilihat dari nilai *knowledge analyse*, *discusion of needs* dan *role play* yang telah dilaksanakan selama perawatan serta *skrining* faktor resiko pasien pulang.

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti tertarik untuk melaksanakan pengembangan model konservasi *discharge planning* terstruktur yang merupakan strategi kombinasi kekuatan individu dan keluarga serta perawat sebagai *educator* diharapkan dapat memperbaiki *self management* individu dan keluarga meliputi proses *self management* (pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri, dan fasilitas sosial), hasil proksimal (*self behavior*) dan hasil *distal* (QoL) pada partisipan DFU dan keluarga sebagai penelitian dengan *action research*.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, permasalahan yang dibahas adalah “Bagaimanakah pengembangan model konservasi *discharge planning* terstruktur terhadap *individual and family self management diabetic foot ulcer* di PKU Muhammadiyah Unit II Yogyakarta?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Pengembangan model konservasi *discharge planning* terstruktur terhadap *individual and family self management diabetic foot ulcer* di PKU Muhammadiyah Unit II Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui kebutuhan partisipan dan keluarga terhadap *individual and family self management diabetic foot ulcer* di PKU Muhammadiyah Unit II Yogyakarta.
- b. Mengetahui dan menyusun format *tools discharge planning* terstruktur terhadap *individual and family self management diabetic foot ulcer*.
- c. Mengetahui tingkat pengetahuan praktisi dan perawat luka tentang konsep *discharge planning* dan *individual and family self management diabetic foot ulcer*.
- d. Mengetahui *review* format *tools* konservasi *discharge planning* terstruktur terhadap *individual and family self management diabetic foot ulcer* kepada praktisi dan perawat luka.

- e. Mengetahui validasi kebutuhan partisipan dan keluarga terhadap *individual and family self management diabetic foot ulcer* yang telah dilengkapi dengan kebutuhan praktisi dan perawat.
- f. Mengetahui hasil triangulasi *tools* konservasi *discharge planning* terstruktur.
- g. Memberikan rekomendasi untuk meningkatkan *self management* individu dan keluarga pada partisipan *diabetic foot ulcer* di PKU Muhammadiyah Unit II Yogyakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Memberikan kontribusi terhadap ilmu pengetahuan khususnya keperawatan medikal bedah dan gambaran *action research*: pengembangan model konservasi *discharge planning* terstruktur terhadap *individual and family self management diabetic foot ulcer*.

2. Praktis

- a. Peneliti akan menambah pengetahuan dan pengalaman tentang pengembangan model konservasi *discharge planning* terstruktur untuk meningkatkan *individual and family self management diabetic foot ulcer*.
- b. Partisipan diharapkan mandiri untuk meningkatkan *individual and family self management diabetic foot ulcer* sebagai strategi pemberdayaan keluarga dan partisipan untuk meningkatkan derajat kesehatan.