

**Yohanes Andy Rias¹, Elsy Maria Rosa²,
Falasifah Ani Yuniarti³**

1) Mahasiswa Magister Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

2) Bagian Fakultas Kedokteran
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

3) Bagian Magister Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Pengembangan Model Konservasi Discharge Planning Terstruktur Terhadap Individual And Family Self Management Diabetic Foot Ulcer

ABSTRAK

Latar Belakang: Diabetic foot ulcer pada umumnya menyebabkan rendahnya self management behavior dan quality of life, yang memerlukan intervensi keperawatan untuk meningkatkan individual and family self management. Intervensi ini merupakan proses perubahan perilaku pada penderita dan keluarga melalui pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan ini dilaksanakan melalui discharge planning dengan memberikan informasi, mengidentifikasi kebutuhan dan merencanakan kepulangan serta mempersiapkan partisipan untuk meninggalkan pelayanan kesehatan dimulai saat masuk sampai pulang termasuk klien diabetic foot ulcer.

Tujuan Penelitian: Pengembangan model konservasi discharge planning terstruktur terhadap individual and family self management diabetic foot ulcer.

Motode Penelitian: Penelitian ini menggunakan desain action research dengan pengumpulan data melalui The Conceptual Content Cognitive Map (3CM) dan Triangulasi dilanjutkan dengan penyajian data secara deskriptif. Jumlah partisipan sebanyak 4 pasien dan 4 keluarga untuk pre action research dengan accidental sampling, 6 perawat untuk action research dengan purposive sampling, 4 pakar untuk triangulasi dengan accidental sampling, dan 10 perawat dan praktisi dengan accidental sampling untuk validasi tools konservasi discharge planning terstruktur terhadap individual and family self management diabetic foot ulcer.

Hasil: Terdapat kategori kebutuhan partisipan dalam individual and family self management antara lain: (a) pengetahuan, (b) keyakinan, (c) regulasi diri, (d) fasilitas sosial, (e) self management behavior. Hasil dari action research adalah tersusun tools konservasi discharge planning terstruktur dengan 4 siklus penelitian.

Kesimpulan dan Saran: Tersusun tools konservasi discharge planning terstruktur diharapkan dapat meningkatkan individual and family self management. Perlu dilakukan penerapan dan validasi terhadap tools model konservasi discharge planning terstruktur.

Kata Kunci: Diabetic foot ulcer, Tools, Konservasi discharge planning terstruktur, Individual and family self management.

ABSTRACT

Background : Diabetic foot ulcers generally causing low self management behaviors and quality of life, requiring of nursing intervention to improve individual and family selfmanagement. The intervention is the process of behavioral changes in patients and families through health education. Health education for participants and families can be implemented through discharge planning to provide the information, to identify needs and to plan the return and to prepare participants to leave the health service, beginning at admission until discharge, including diabetic foot ulcers client.

Objective: To develop a model of the structured discharge planning conservation for individual and family self-management of diabetic foot ulcers.

Research Methodology: This study using action research design by collecting data through The Conceptual Content Cognitive Map (3CM) and Triangulation followed by presenting descriptive data. The number of participants in this study are 4 patient and 4 family for pre action research with accidental sampling, 6 nursing for action research with purposive sampling, 4 experts for triangulation with accidental sampling, and 10 nursing and practitioners with accidental sampling for validation of structured discharge planning conservation tools for individual and family self-management of diabetic foot ulcers.

Results: There are categories of participants needs in the individual and family selfmanagement, which are: (a) knowledge, (b) beliefs, (c) self-regulation, (d) social facilities, (e) self management behaviors. The results of action research is the completion of discharge planning conservation tools that structured by four cycles of study.

Conclusion: The presence of structured discharge planning conservation tools expected to increase individual and family self management. Necessary to implementation and validatin of tools model structured discharge planning conservation

Keywords: Diabetic foot ulcers, Tools, Structured discharge planning conservation, Individual and family self management.

PENDAHULUAN

Diabetes Mellitus (DM) merupakan penyakit gangguan metabolisme karbohidrat yang berlangsung kronis dengan komplikasi diabetic foot ulcer 1. 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 2,3,4. Quality of Life (QoL) dipengaruhi pengetahuan, dukungan sosial, regulasi diri dan self behavior 5,6,7,8.

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 9,10. Insiden DFU di negara berkembang mencapai 2-4% kenaikan lebih tinggi dibandingkan dengan negara maju 11. Insiden DFU tahun 2005 mencapai 25% dengan rentang kenaikan 1,9%-2,6% setiap tahunnya 12. 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 13. 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.

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. Pengobatan DFU berfungsi untuk mencegah dan meminimalisasi komplikasi akut maupun kronik yang berdampak pada self behavior dan QoL 4, 6,7,8, 16. 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 aktifitas dan kemauan yang rendah dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Pengetahuan dan kemauan yang rendah dapat digunakan sebagai tolak ukur dalam menilai self behavior.

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.

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 kepulangan serta mempersiapkan partisipan untuk meninggalkan pelayanan kesehatan dimulai saat masuk sampai pulang dari rumah sakit 7,17, 18.

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 19.

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, pengolahan kecemasan dan spritual, fleksibilitas diri serta autonomi), konservasi integritas sosial (peranan keluarga, hubungan sosial dan modifikasi lingkungan).

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.

RUMUSAN MASALAH

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

TUJUAN PENELITIAN

Tujuan Umum

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

Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui kebutuhan partisipan dan keluarga terhadap *individual and family self management diabetic foot ulcer* di PKU Muhammadiyah Unit II Yogyakarta.
- 2) Mengetahui dan menyusun format *tools discharge planning* terstruktur terhadap *individual and family self management diabetic foot ulcer*.
- 3) Mengetahui tingkat pengetahuan praktisi dan perawat luka tentang konsep *discharge planning* dan *individual and family self management diabetic foot ulcer*.
- 4) Mengetahui review format *tools* konservasi *discharge planning* terstruktur terhadap *individual and family self management diabetic foot ulcer* kepada praktisi dan perawat luka.
- 5) Mengetahui validasi kebutuhan partisipan dan keluarga terhadap *individual and family self management diabetic foot ulcer* yang telah dilengkapi dengan kebutuhan praktisi dan perawat.
- 6) Mengetahui hasil triangulasi *tools* konservasi *discharge planning* terstruktur.
- 7) Memberikan rekomendasi untuk meningkatkan *self management* individu dan keluarga pada partisipan *diabetic foot ulcer* di PKU Muhammadiyah Unit II Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Desain yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dalam dua tahap, rancangan tahap *pre action research* menggunakan penelitian kualitatif dengan metode *The Conceptual Content Cognitive Map* (3CM) dilanjutkan dengan wawancara dan penyajian data secara deskriptif dan tahap kedua adalah *action*

research dengan 4 tahapan siklus. Lokasi dan waktu Penelitian dilakukan di PKU Muhammadiyah Unit II Gamping dan Wilayah Kabupaten Bantul pada tanggal 05 Juni 2014 sampai dengan 05 April 2015. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah konservasi *discharge planning* terstruktur, sedangkan variabel terikat adalah *individual and family self management*. Adapun definisi operasional dalam penelitian ini antara lain:

- 1) Konservasi *discharge planning* terstruktur adalah paket belajar mandiri yang meliputi materi pembelajaran yang dirancang dan dilaksanakan secara sistematis untuk memenuhi *self management* individu dan keluarga dalam mempersiapkan kepulauan melalui 4 tahap meliputi: *knowledge analyse, needs of discussion, role play* dan *integrated evaluation* pada klien *diabetic foot ulcer* (DFU) di ruang medikal bedah PKU Muhammadiyah Unit II Gamping.
- 2) *Individual and family self management* adalah informasi pengelolaan diri dan keluarga dalam membentuk perilaku *self management* penderita *diabetic foot ulcer* yang meliputi:
 - a. Proses *self management*, meliputi Pengetahuan dan kepercayaan (*selfefficacy, outcome expectancy*, dan keselarasan tujuan); Kemampuan regulasi diri (penetapan tujuan (*goal setting*), pengambilan keputusan dan kontrol emosi); Fasilitasi sosial (pengaruh sosial, dukungan sosial, dan kolaborasi)
 - b. Hasil proksimal: *self behaviour* adalah aktivitas responden dalam perawatan mandiri penderita DFU dalam 7 hari terakhir meliputi penilaian meliputi : diet, aktivitas fisik, pengobatan, kontrol gula darah dan perawatan DFU.
 - c. Hasil Distal : *quality of life* adalah kemampuan responden untuk melakukan fungsi hidupnya secara normal di masyarakat menurut persepsi penderita DFU dengan penilaian berdasarkan WHO tahun 2003, meliputi: aspek fisik (nyeri dan kenyamanan, kekuatan dan kelemahan,

aktivitas seksual, istirahat dan tidur, fungsi sensoris); aspek psikologis (pikiran positif, pikiran, belajar, ingatan dan konsentrasi, harga diri, penampilan, perasaan negatif); hubungan sosial (hubungan sosial, dukungan sosial, aktivitas pemberi pelayanan); lingkungan (kenyamanan fisik, lingkungan rumah dan kondisi rumah, kepuasan kerja).

Instrumen dan metode yang digunakan dalam penelitian ini untuk menangkap kebutuhan partisipan dan keluarga dalam penatalaksanaan DFU adalah sebagai berikut:

- 1) Wawancara dengan metode 3CM untuk mengklarifikasi dan menemukan secara mendalam isi dari persepsi kebutuhan partisipan. Partisipan ditanya pertanyaan berdasarkan data respon mereka yang terdaftar pada metode 3CM. Wawancara ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman peneliti tentang persepsi kebutuhan partisipan terhadap penatalaksanaan DFU. Selama wawancara, peneliti mencatat temuan baru terkait dengan konten 3CM pada selembur kertas terpisah. Pada akhir wawancara, lembar-lembar yang didapat ditempelkan ke peta 3CM.
- 2) Perekam suara digunakan untuk merekam data dalam sesi wawancara tipe *voice recorder 3gpp*.
- 3) Format konservasi *discharge planning* terstruktur yang akan dilakukan perbaikan format melalui *action research*
 - a. *Knowledge analyse* yaitu bagaimana seorang perawat mampu untuk mengetahui dan mampu menganalisis pengetahuan partisipan dan keluarga tentang DFU seperti konservasi integritas energi (diet, aktivitas terkontrol, obat dan efek samping), konservasi integritas struktural (ROM, perawatan luka, *personal hygiene*, manajemen nyeri), konservasi integritas personal (*goal congruence, outcome expectancy, self efficacy, self regulation* dan menjaga privasi partisipan), konservasi integritas sosial (*social influence, social support, negotiated collaboration, rekreatif*).
 - b. *Discussion of needs* yaitu melakukan diskusi antara perawat dengan partisipan DFU dan keluarga mengenai kebutuhan perawatan baik di RS maupun di rumah sesuai dengan penilaian dalam *knowledge analyse* karena juga merupakan kebutuhan yang dikehendaki sesuai konservasi energi, integritas struktural, integritas personal dan integritas sosial sesuai dengan *Knowledge analyse*.
 - c. *Role play* dilakukan dengan melakukan demonstrasi dan skill pada partisipan dan keluarga dalam manajemen DFU seperti konservasi integritas energi (menu praktis DFU, pemaparan obat dan efek samping, jadwal kegiatan dan pengaturan istirahat), konservasi integritas struktural (ROM Ankle, perawatan luka, membalut luka, terapi suntik insulin, relaksasi nafas dalam, dzikir khafi, seterilisasi alat), konservasi integritas personal (*goal congruence, outcome expectancy, self efficacy, self regulation*), 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).
 - d. *Integrated evaluation* merupakan tahap terakhir yang berfungsi untuk mengevaluasi atau menilai tingkat kesiapan partisipan dan keluarga dalam manajemen perawatan DFU. dirumah yang dilihat dari nilai *knowledge analyse, discussion of needs* dan *role play* yang telah dilaksanakan selama perawatan serta skrining faktor resiko pasien pulang.
- 4) Kuesioner A. Pengetahuan dan Kepercayaan Kuesiner A yang terdiri dari 20 item pertanyaan, yang terdiri dari 7 item pertanyaan

tentang *self efficacy*, 6 item pertanyaan tentang harapan hasil dan 7 item pertanyaan tentang keselarasan tujuan. Pertanyaan tentang *self efficacy* dan harapan hasil diadaptasi dari *The Multidimensional Diabetes Questionnaire section III* yang dirancang untuk menilai faktor sosial dan kognitif terkait diabetes. Pertanyaan tentang *self-efficacy* yang telah dimodifikasi oleh peneliti terdiri dari tujuh item pengukuran kepercayaan pasien dalam kemampuan mereka untuk melakukan perilaku khusus untuk aktivitas perawatan diri diabetes (yaitu, diet, olahraga, obat-obatan, pemantauan glukosa darah, perawatan kaki dengan *foot ulcer* dan manajemen diabetes). Tanggapan didasarkan pada skala 1 (tidak yakin) sampai 4 (sangat yakin).

Pertanyaan tentang *outcome expectancy* (harapan hasil) dari MDQ yang telah dimodifikasi peneliti terdiri dari enam item penilaian persepsi pasien dari efek perilaku perawatan diri diabetes pada kontrol metabolik dan pencegahan komplikasi diabetes. Tanggapan didasarkan pada skala 1 (tidak berharap sama sekali) sampai 4 (selalu berharap). Pertanyaan tentang keselarasan tujuan dari *the Goal Instability Scale* yang telah dimodifikasi oleh peneliti terdiri dari 7 pertanyaan untuk menilai kemampuan seseorang dalam menyelesaikan kebingungan dan kecemasan terkait dengan tujuan kesehatan. Jawaban didasarkan pada skala 1 (selalu) sampai 4 (tidak pernah) ²¹.

- 5) Kuesioner B. Kemampuan Regulasi Diri
Kuesioner kemampuan regulasi Diri telah dimodifikasi dari *The Short Self Regulation Questionnaire (SSRQ)* terdiri dari 25 item pertanyaan dengan skala likert 1-4²². Pertanyaan positif dengan nilai 1 : sangat tidak setuju; 2 : tidak setuju; 3 : setuju; dan 4 : sangat setuju. Pertanyaan negatif dengan nilai 4 : sangat tidak setuju; 3 : tidak setuju; 2 : setuju; dan 1 : sangat setuju.

- 6) Kuesioner C. Fasilitasi Sosial

Kuesioner fasilitasi sosial terdiri dari 26 item pertanyaan yang terdiri dari 5 item pertanyaan tentang pengaruh sosial, 14 pertanyaan tentang dukungan sosial keluarga dan 7 pertanyaan tentang kolaborasi pasien perawat. Pertanyaan tentang pengaruh sosial dimodifikasi dari *Social Influence On Health Behaviors Questionnaire* yang berisi tentang *Utilitarian influence* dan *informational influence*. Nilai 1 ; sangat tidak setuju, 2; tidak setuju, 3 : setuju, 4 : sangat setuju²³.

Pertanyaan tentang dukungan sosial keluarga dimodifikasi dari *Diabetes Family Behaviour Checklist* ²⁴. Nilai 1 ; tidak pernah, 2; jarang, 3 : sangat sering, 4 : selalu. Pertanyaan tentang kolaborasi dengan. Nilai 1 ; tidak pernah, 2; jarang, 3 : sangat sering, 4 : selalu.

- 7) Kuesioner D. *Self Management Behavior*

Kuesioner SDSCA digunakan untuk mengukur *self care behavior* atau perilaku perawatan mandiri pada penderita DM tipe 2²⁵. Kuesioner ini terdiri dari 12 item pertanyaan dengan nilai tiap item 1-7. Skor berada pada rentang 12-84. Kuesioner ini berisi tentang kemampuan perawatan mandiri pasien DM tipe 2 meliputi : diet (3 item), aktivitas fisik (2 item), pengobatan (1 item), pengecekan gula darah (2 item) dan perawatan kaki (4 item).

- 8) Kuesioner E. Kualitas Hidup (*Quality of Life*)

Kuesioner *Quality of Life* dari WHO yang dimodifikasi terdiri dari 26 item pertanyaan dengan skala likert 1-4. Nilai 1; tidak yakin, 2; cukup yakin, 3 : yakin, 4; sangat yakin. Rentang skor adalah 26-104. Kuesioner ini meliputi aspek fisik (7 item), aspek psikologis (6 item), aspek hubungan sosial (5 item) dan aspek lingkungan (8 item) penderita Diabetes melitus ²⁶.

Berdasarkan hasil uji validitas oleh Gitawati (2013) pada kuesioner A (pengetahuan dan kepercayaan) didapatkan nilai $p < \alpha$ (0,05) namun terdapat 5 item pertanyaan yang tidak valid, yaitu item pertanyaan 1, 4, 9, 10

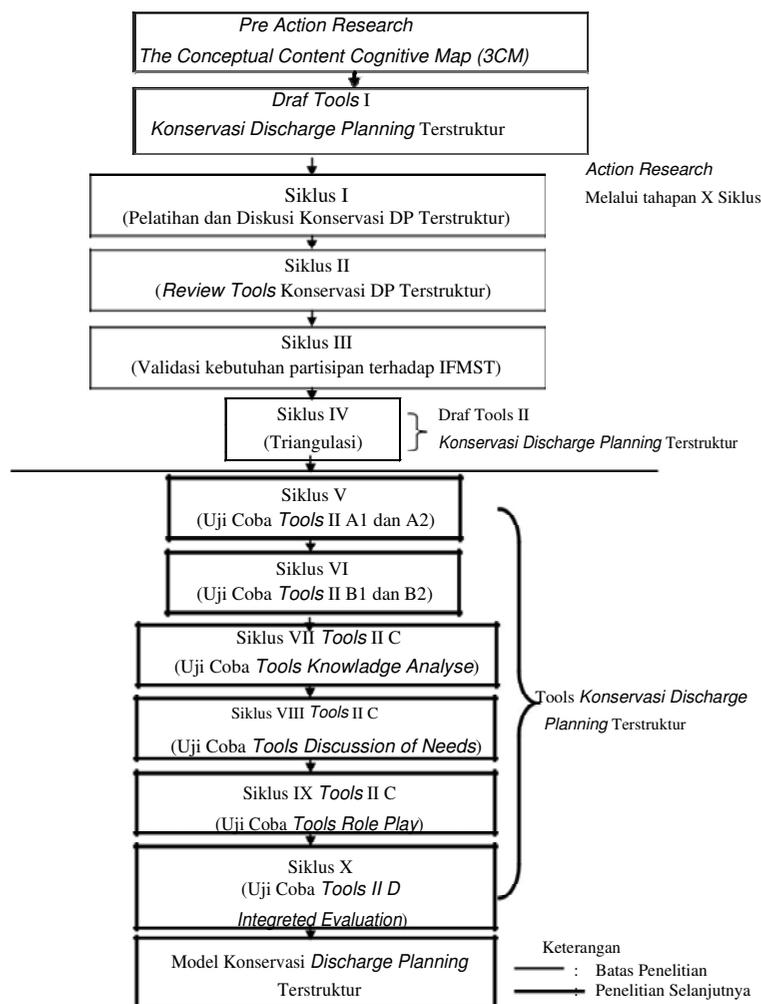
dan 16. Hasil uji validitas pada kuesioner B (kemampuan regulasi diri) didapatkan nilai $p < \alpha$ (0,05) namun terdapat 7 item pertanyaan yang tidak valid, yaitu item pertanyaan 2, 9, 11, 14, 15, 17 dan 20. Hasil uji validitas untuk kuesioner C (fasilitasi sosial) didapatkan nilai $p < \alpha$ (0,05) namun terdapat 5 item pertanyaan yang tidak valid yaitu pertanyaan 9, 12, 14, 23 dan 25. Hasil uji validitas untuk kuesioner E (kualitas hidup) didapatkan nilai $p < \alpha$ (0,05) namun terdapat 5 item pertanyaan yang tidak valid yaitu pertanyaan 2, 5, 8, 10 dan 18. Pertanyaan pada kuesioner yang tidak valid

di keluarkan dari daftar pertanyaan pada kuesioner tersebut.

Uji reliabilitas kuesioner dalam penelitian ini adalah:

Tabel 1. Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner

Kuesioner	Nilai Cronbach Alpha	Peneliti uji Reliabilitas
Kuesioner A	0,900	Gitawati (2013)
Kuesioner B	0,880	
Kuesioner C	0,923	
Kuesioner D	0,917	
Kuesioner E	0,917	



Gambar 1 : Kerangka Kerja Action Research: Pengembangan Model Konservasi Discharge Planning Terstruktur Terhadap Individual and Family Self Management Diabetic Foot Ulcer.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian tahap *pre action research*, maka dapat diketahui karakteristik informan penderita DFU (P) dan keluarga (K) berdasarkan jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan dan lama menderita DFU dapat dilihat di tabel 4.1.

tahap *action research* dibagi menjadi 3 kelompok informan yaitu : kelompok perawat sebagai analisis kebutuhan informan *pre action research*, kelompok triangulasi sebagai analisis dari pakar, dan kelompok Perawat sebagai uji validitas dan rehabilitas *tools* yang di *action research*kan.

Tabel 2. Karakteristik Informan Tahap *Pre Action Research*

No	Kode Informan Jenis Kelamin	Jenis Karakteristik			
		Pendidikan	Usia	Pekerjaan	Lama DFU
1	P1 (L)	SLTA	36	Pegawai Negeri	6 bulan
	K1 (P)	Sarjana	32	Guru	-
2	P2 (P)	SLTA	43	Pedagang	6 bulan
	K2 (L)	SLTA	23	Pedagang	-
3	P3 (L)	Diploma	40	Pensiunan	6 bulan
	K3 (P)	SLTA	37	Rumah Tangga	-
4	P4 (P)	SLTA	52	Pedagang	6 bulan
	K4 (P)	S-1 Ekonomi	24	Wiraswasta	-

* Sumber primer peneliti, 2014

Tabel 3. Karakteristik Informan Tahap *Action Research* (Perawat)

No	Kode Informan Jenis Kelamin	Jenis Karakteristik			
		Pendidikan	Usia	Lama Pekerjaan	Jabatan
1	P1 (L)	Ners	26	3 tahun	Perawat Luka
2	P2 (P)	Ners	26	3 tahun	Perawat Luka
3	P3 (P)	Ners	32	3 tahun	Perawat Luka
4	P4 (P)	Diploma	34	3 tahun	Kepala ruang Manager
5	P5 (P)	Ners	41	8 tahun	keperawatan
6	P6 (L)	Ners	39	6 tahun	Perawat Luka

Sumber primer peneliti, 2014

Tabel 4. Karakteristik Informan Tahap Triangulasi

No	Kode Informan Jenis Kelamin	Jenis Karakteristik			
		Pendidikan	Usia	Lama Pekerjaan	Jabatan
1	P1 (L)	Prof.SpBP (K)	59	32 tahun	Praktisi
2	P2 (L)	Doktoral Keperawatan	46	19 tahun	Praktisi
		Magister Keperawatan			
3	P3 (L)	Magister Keperawatan	40	18 tahun	Praktisi
		Magister Keperawatan			
4	P4 (P)	Magister Keperawatan	39	16 tahun	Dosen

* Sumber primer peneliti, 2014

Kategori 1 : Pengetahuan

Kategori kebutuhan *individual and family self management diabetic foot ulcer* ke 1 adalah pengetahuan antara lain konsep dasar penyakit, kegunaan obat yang dipakai, penggunaan obat alternatif dan komplementer, cara ganti balutan, cara suntik insulin, cara test gula darah dan tata cara tayamum dengan total frekuensi 11 pernyataan.

Berikut quotasi informan mengenai kebutuhan pengetahuan konsep dasar penyakit yang di

“ Nggih bingung Mas boten ngertos pencegahane kajenge boten parah” (P4)

Terdapat satu quotasi tentang menginginkan informasi kegunaan obat terhadap informan yaitu:

“ Beberapa obat yang saya terima dari perawat itu saya juga masih bingung” (P1)

Obat alternatif dan komplementer juga muncul dalam quotasi informan meskipun dengan frekuensi satu pernyataan

“ Daun insulin niku digodhog dulu, dimasak, direbus njuk nanti diminum” (K3)

“ Ke ustadz-ustadz orang pintar gitu malah dikasih apa itu, pakai air minum gitu lah” (P1)

Berikut merupakan quotasi informan bahwa membutuhkan cara suntik insulin dengan quotasi sebagai berikut:

“ Ngenehi contohe nek disuntik ki ngene ki lho Pak” (P1)

Cara mengganti balutan juga menjadi salah satu kebutuhan dengan quotasi partisipan meskipun hanya terdapat 2 pernyataan dengan 1 quotasi sebagai berikut:

“ Pengin ganti dhewe, penak teles apa...apa lukane bernanah, tur ganti lan ngobati dhewe” (P2)

Cara cek gula darah secara mandiri juga menjadi salah satu kebutuhan partisipan meskipun hanya terdapat 3 pernyataan dengan 1 quotasi sebagai berikut:

“ Tahu darahnya naik turun, butuh diajari carane ngetes...” (P2)

Tata cara tayamum juga muncul dalam pernyataan informan meskipun dengan frekuensi satu pernyataan dengan 1 quotasi sebagai berikut:

“ Tayamum, ngak ngerti carane ngono lho, lupa caranya” (P1)

Kategori 2 : Keyakinan

Kategori kebutuhan *individual and family self management diabetic foot ulcer* ke 2 adalah keyakinan meliputi kepercayaan terhadap budaya dan orang lain, kemauan diri sendiri (niat), tawakal (pasrah dan berusaha), dan keyakinan untuk sembuh dengan total 7 frekuensi pernyataan.

Percaya kepada orang lain dan budaya menjadi salah satu kebutuhan partisipan dengan total frekuensi 1 pernyataan dengan 1 quotasi sebagai berikut:

“ Ana tangga sing omong coba alternatif ndhana aku ki yo ndhana saya juga ke sana, wis tak lakoni orang pintar” (P1)

Kemauan diri sendiri (niat) menjadi salah satu kebutuhan partisipan dengan total frekuensi 1 pernyataan dengan 1 quotasi sebagai berikut:

Tawakal menjadi salah satu pernyataan dalam kategori kepercayaan ini sebanyak 2 frekuensi dengan 1 quotasi sebagai berikut:

“yang penting saya berusaha aja, saya berusaha, pasrah itu tawakal gitu lah sampai sekarang ini” (P1)

Berikut merupakan pernyataan informan bahwa menginginkan keyakinan untuk sembuh sebanyak 3 pernyataan dengan 1 quotasi sebagai berikut:

“ Kalau punya penyakit itu kan harus optimis harus sembuh ya” (K4).

Kategori 3 : Fasilitas Sosial

Berikut merupakan pernyataan informan bahwa membutuhkan dukungan sosial meliputi dukungan keluarga, kunjungan teman sebanyak 4 pernyataan dengan quotasi sebagai berikut:

“ Butuh dikunjungi sama keluarga, sama temen dan itu kan napa nggih saged nambah semangat kula ngaten lho.” (P1)

Dukungan spritualitas juga muncul dalam pernyataan informan tetapi 1 frekuensi saja berupa doa kesembuhan untuk partisipan baik dari keluarga maupun dari pemuka agama dengan quotasi, yaitu:

“ Doa dari keluarga, lah kemaren itu juga apa saya sampai ke kyai-kyai, ke ustadz-ustadz” (P1)

Dukungan perawat juga menjadi salah satu kebutuhan partisipan meskipun hanya terdapat 4 pernyataan

“ Perawate niku, sing mbake niku mbok sing sumeh, terus nek apa ngenahi penjelasan, napa-napa ngaten niku sing sumeh lah, seng alus” (K1)

“ Nggih penjelasan dokter napa perawat kajenge boten tambah parah “ (P4)

Dukungan dokter juga menjadi salah satu kebutuhan partisipan meskipun hanya terdapat 3 pernyataan

“ ...kalih dijak omong-omong, bapake keluhannya apa gitu, penyakitnya gimana ho o” (K3)

Berikut pernyataan informan mengenai kebutuhan negoisasi kolaboratif 2 terdiri dari intimasi intelektual dan konflik pernyataan dengan 1 quotasi sebagai berikut:

“ Obat wae kayak gitu. Saya pengennya kaya gitu. Lah sapa ngerti nek aku seneng diombe ngono kan malah cepet mari, nek disuntik ngono kan yo rung karuan juga to, wong aku wis wedi dhisik. Lha karepku ki doktere terbuka gitu lho, sama dokternya terbuka” (P1)

Berikut pernyataan informan mengenai kebutuhan akan alas kaki yang sesuai dengan kondisi kaki sebanyak 2 pernyataan dengan 1 quotasi sebagai berikut:

“.....Sandal biasa tu ndhak muat gitu, kalau ada sandal yang lebih besar” (K3)

Glukometer pribadi juga menjadi salah satu kebutuhan partisipan meskipun hanya terdapat 2 pernyataan dengan 1 quotasi sebagai berikut:

“ Lebih enak gadhah alat piyambak, kangge cek priksa gula darahe” (P4)

Pelindung perban anti air menjadi salah satu kebutuhan partisipan namun hanya terdapat 1 pernyataan dengan 1 quotasi

“ Mau perban seng ndak tembus air, anti air, ada gak ya...” (P1)

Berikut merupakan pernyataan informan bahwa menginginkan perkembangan luka melalui foto sebanyak 1 pernyataan dengan 1 quotasi sebagai berikut:

“ ... diweruhke lah fotone napa kan enten buktine wis marine sepira” (K1)

Akses pelayanan kesehatan dan *home care* juga menjadi kebutuhan dari partisipan yang mempunyai 4 pernyataan dengan 1 quotasi sebagai berikut:

“ Ke puskesmas jauh, daripada jauh-jauh repot, perawat suruh dateng ke rumah ngerawat di rumah” (K2)

Standart kegiatan yang terdiri dari 1 pernyataan dengan quotasi sebagai berikut

“ ...dadi mbok ada, apa jenenge kuwi aturan sing padha ki apa jenenge, dadine ki le mengerjakan pekerjaan ki bisa sama” (K1)

Catatan tes darah merupakan pernyataan partisipan sebanyak Pemantauan gula darah, kolesterol, asam urat dan tekanan darah diperoleh sejumlah 7 pernyataan, berikut salah satu quotasi informan:

“ Kepengin ngertos mas perkembangan gula darah, terus kalih tensi, terus kalih kolesterol” (P4)

Pemantauan asam urat diperoleh sejumlah 2 pernyataan, berikut adalah salah satu quotasi informan: “ Pengennya tau asam uratnya, biar kakinya tidak kesemutan dan cekot-cekot” (P3).

Kategori 4 : Regulasi diri

Kategori kebutuhan *individual and family self management diabetic foot ulcer* ke 5 adalah regulasi diri yang terdiri dari penetapan tujuan, fleksibilitas diri, autonomi, salutogenesis (mengenali masalah, mencari solusi, dan mengambil keputusan) dan kontrol pikiran (percaya diri, pikiran positif, pengelolaan stress: melihat TV, pergi berlibur, keliling rumah sakit).

Penetapan tujuan dan fleksibilitas menjadi salah satu kebutuhan partisipan dengan gabungan quotasi sebagai berikut: “ Pngen mari, kepingin sembuh. Dadi aku ki yo golek obat ki yo kepiye carane saya di rumah sakit sana kok nggak sembuh saya pindah” (P1).

Salutogenesis meliputi mengenali masalah, mencari soslusi, dan menetapkan solusi menjadi

salah satu kebutuhan partisipan dengan gabungan quotasi sebagai berikut:

“ Dadi aku ki yo golek obat ki yo kepiye carane saya di rumah sakit sana kok nggak sembuh saya pindah, saya di rumah sakit ngendi to kae, ning PKU terus ning kono rada mendhing ning kok yo nggak kelong-kelong. Ana tangga sing omong coba alternative ndhana aku ki yo ndhana saya juga ke sana. Pernah tak coba kon mangan godhong kon mangan apa yo wis tak lakoni. Yo intine ki ngene lho apa eee kita pandai-pandai, pandai-pandai mencari obat, mencari tempat pengobatan yang bagus, yo istilahe apa yo nek diomongke ki, nah berusaha, berusaha mencari tempat pengobatan yang bagus yang baik (P1)

Autonomi menjadi salah satu kebutuhan partisipan yaitu sebagai berikut:

“ Mbok pendapatku itu yo dihargailah karo doktere apa kepiye dihormatilah” (P1)

Berpikir positif dan percaya diri juga menjadi salah satu kebutuhan partisipan meskipun hanya terdapat 2 pernyataan dengan gabungan 1 quotasi yaitu:

“ Banyak pikiran bikin gula darah naik juga, jadi gini lho pikirannya tu nggak optimis” (K4)

“ Isa tak suntik dhewe apa bojoku sing nyuntik ngono kuwi ki aku isa tambah pede” (P1)

Pengelolaan stres juga menjadi salah satu kebutuhan partisipan meskipun hanya terdapat 1 pernyataan melalui 1 quotasi berikut ini:

“ Pengin keluar, main itu apa jalan-jalan, makan malam bersama ndhak stres” (P2).

Kategori 5 : Self Management Behavior

Kategori kebutuhan *individual and family self management diabetic foot ulcer* ke 5 adalah *self management behavior* yang terdiri dari olahraga, seks, istirahat, jadwal minum obat, rawat luka seperti manajemen balutan (membuang jaringan mati, kontrol bau, dan kontrol eksudat) serta pola makan meliputi jadwal makan dan menu makanan (tinggi protein, pengganti nasi/rendah karbohidrat dan rendah gula).

Kategori kebutuhan *individual and family self management diabetic foot ulcer* salah satunya adalah olahraga yang terdiri dari 1 quotasi

“ Kaki nak untuk tiduran bengkok ta malahan, enake ta jalan-jalan” (P2)

Kebutuhan seks dengan total frekuensi 1 pernyataan menjadi salah satu kebutuhan partisipan dalam *individual and family self management diabetic foot ulcer* dengan quotasi sebagai berikut: *“ Ya intinya saya pengen berhubungan kaya gitu, hubungan suami istri ngono lho.” (P1)*

Kategori kebutuhan *individual and family self management diabetic foot ulcer* adalah istirahat yang terdiri dari 1 pernyataan saja. Berikut pernyataan informan mengenai kebutuhan akan istirahat sebanyak 1 quotasi *“ Soale kalau terlalu banyak jalan lukanya nganu lagi buka lagi” (K4).*

Kebutuhan akan adanya jadwal obat juga diperlukan oleh para informan, salah satunya adalah berikut merupakan quotasi: *“ Perawat ngasih ngertos Mas, nggih minum obat sami jam pinten kajenge teratur” (P4).*

Rawat luka dalam manajemen balutan meliputi membuang jaringan mati, kontrol bau dan eksudat didapatkan sejumlah 1 quotasi, berikut ini pernyataan informan:

“ Buang item-item sama itu perawatnya sama Mas Febinya ya buang yang hitamhitam biar bau dan yang iku apa kering item itu jadi putih, ho o meskipun disisakke yang sehat, ho o, sama itu yang ada lendirnya, lendir kuning ta itu dibuang, ho o itu biar bersih dan cepet kering nggak bau ” (P2).

Penanganan nyeri didapatkan 4 pernyataan, berikut salah satu quotasi informan:

“ Langsung cekot-cekot tak kasih minum asam mefamat, antalgin itu bisa tho mas ” (P2).

Pola makan menjadi kebutuhan partisipan meliputi dua sub tema yaitu jadwal makan dan menu makanan. Berikut merupakan pernyataan informan bahwa membutuhkan jadwal makanan dengan quotasi sebagai berikut: *“ Jam segini udah nggak boleh makan juga harus tau kan kalau DM itu” (K4).*

Menu makanan berdasarkan kebutuhan partisipan meliputi pengganti nasi atau rendah karbohidrat, tinggi protein, rendah gula dan resep makanan DM dengan total frekuensi sebanyak 9 pernyataan.

Terdapat 2 pernyataan tentang pengganti nasi didapatkan 1 quotasi dari informan yaitu:

“Nasinya cuma terbatas, Cuma berapa...berapa kali berapa sendok gitu ya” (K4).

Terdapat 1 pernyataan akan kebutuhan akan protein yang tinggi dengan 1 quotasi: “Kan harusnya itu lho kayak, tuna, udang, cumi itu kan disaranin malahan” (K4).

Rendah gula juga muncul dalam pernyataan informan dengan quotasi, yaitu:

“Gula putih nggak. ho o.buah yang tidak terlalu manis” (K4).

Resep makanan juga muncul dalam pernyataan informan dengan 3 frekuensi berikut quotasi dari partisipan, yaitu:

“Disuda napa boten dingge dhaharan ngaten mawon... Oo niku resepe makanan sik boleh dimakan” (K3).

Draf Tools Konservasi Discharge Planning Terstruktur

Tools mengacu pada teori konservasi Myra E Levine yang dikombinasikan dengan teori *individual & family self management*. Draf ini belum dilakukan tahapan *action research*, hanya disusun berdasarkan telaah literatur dan hasil kualitatif (*pre action*). *Tools* konservasi *discharge planning* terstruktur terdiri dari 3 bagian yaitu skrining awal, implementasi dan evaluasi yang akan dipaparkan dalam paragraf-paragraf berikutnya.

Berdasarkan hasil wawancara dan literatur dalam formulir A (skrining konservasi *discharge planning* terstruktur) yang meliputi skrining, tinggi resiko perawatan, resiko jatuh, resiko dekubitus, dan PIC. Skrining awal diperlukan orientasi oleh anggota tim medis yang menangani, hak dan kewajiban klien serta penjelasan terhadap

tindakan medis. Skrining digunakan menentukan tindak lanjut lebih dini dalam penyusunan program pencegahan dan pembatasan yang dapat diimplikasikan pada *discharge planning*. *Discharge planning* bertujuan mengidentifikasi kebutuhan dalam mempertahankan fungsi maksimal setelah pulang melalui proses pengkajian berkelanjutan^{19, 27}.

Memperkenalkan tim medis dengan mengorientasi, menjelaskan hak dan kewajiban klien merupakan langkah awal dari perawatan prosedur *discharge planning*, kemudian dilakukan pengkajian terhadap keluhan utama yang dirasakan klien.

Hal tersebut difungsikan untuk menentukan tindakan umum yang akan dilakukan sebagai dasar pelaksanaan spesifik dalam mereduksi keluhan utama. Sistem pendukung sosial diperlukan dalam skrining awal yaitu mengenai kondisi tempat tinggal, pelayanan *home care*, dan akses pelayanan kesehatan. Resiko tinggi perawatan untuk mengetahui intervensi yang akan dilakukan. Resiko tinggi perawatan merupakan hambatan dalam pelaksanaan *discharge planning*²⁸. Resiko tinggi perawatan dalam klien DFU seperti keadaan psikologis, fisik, dan psikososial. Resiko jatuh dan resiko dekubitus akan mempengaruhi kondisi pada klien DFU dalam perawatan dan proses persiapan DP. Hal ini sesuai dengan penelitian Rahmi (2011) bahwa dalam melakukan *discharge planning* perlu diperhatikan kondisi sosial dan keluarga dalam penanganan di rumah atau hal-hal yang mempengaruhi hambatan dan keberhasilan perawatan di rumah, sehingga dalam skrining awal diperlukan langkah-langkah pengkajian umum yang berhubungan dengan kesiapan klien dan keluarga terhadap kesiapan pulang.

Pencatatan *tools* implementasi konservasi *discharge planning* terstruktur dilakukan perbaikan format melalui *action research* dalam sub kategori *knowledge analyse*. *Knowledge analyse* merupakan item untuk mengetahui seorang perawat mampu mengetahui dan menganalisis pengetahuan

partisipasi serta keluarga tentang DFU seperti konservasi integritas energi (diet, aktivitas terkontrol, obat dan efek samping), konservasi integritas struktural (ROM, perawatan luka, *personal hygiene*, manajemen nyeri), konservasi integritas personal (*goal congruence, outcome expectancy, self efficacy, self regulation* dan menjaga privasi partisipan), dan konservasi integritas sosial (*sosial influence, sosial support, negotiated collaboration, rekreatif*). Berdasarkan hasil *pre action research* di atas disesuaikan dengan pembahasan sebelumnya mengenai kategori pengetahuan. Pengetahuan yang baik merupakan kunci keberhasilan dari manajemen DFU secara mandiri didapatkan dengan *knowledge analyse*. *Knowledge analyse* digunakan untuk meningkatkan pengetahuan dengan menganalisis pengetahuan dasar dari perubahan perilaku individu dan keluarga, serta menentukan tingkat kemampuan individu dalam melakukan perawatan secara mandiri. Peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga diketahui berkaitan dengan perbaikan perilaku, peningkatan kemampuan, serta kontrol yang lebih baik terhadap penyakit.

Discussion of needs merupakan panduan melakukan diskusi antara perawat dengan partisipan DFU dan keluarga mengenai kebutuhan perawatan baik di RS maupun di rumah. Item *knowledge analyse* merupakan kebutuhan yang dikehendaki sesuai konservasi energi, integritas struktural, integritas personal dan integritas sosial. Integritas personal meliputi keyakinan, harapan hasil, keselarasan tujuan, penetapan tujuan, self monitoring & pemikiran reflektif, pengambilan keputusan, perencanaan, evaluasi diri, kegiatan spritual, *management of responses and behavior* dan kualitas hidup. Integritas energi meliputi jadwal dan resep menu, obat yang dikonsumsi, jadwal istirahat, cara mempermudah melakukan istirahat (tidur) dan integritas struktural meliputi penentuan manajemen nyeri baik farmakologis dan non farmakologis, serta menentukan kegiatan ROM yang tepat. Integritas sosial

meliputi peran keluarga, hubungan sosial, serta penetapan modifikasi lingkungan. Berdasarkan penelitian Muplihun (2013) bahwa diskusi dapat meningkatkan prestasi belajar dan motivasi. Data di atas diperlukan diskusi untuk memudahkan klien dalam manajemen DFU yang terbagi dalam 4 pokok yaitu integritas struktural, energi, personal dan sosial.

Role play merupakan pelaksanaan demonstrasi dan *skill* dalam manajemen DFU seperti konservasi integritas energi (menu praktis DFU, pemaparan obat dan efek samping, jadwal kegiatan dan pengaturan istirahat), konservasi integritas struktural (ROM Ankle, perawatan luka, membalut luka, terapi suntik insulin, relaksasi nafas dalam, dzikir khafi, seterilisasi alat), konservasi integritas personal (*goal congruence, outcome expectancy, self efficacy, self regulation*), 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 dari item *tools* implementasi yang berfungsi untuk mengevaluasi atau menilai tingkat kesiapan partisipan dan keluarga dalam manajemen perawatan DFU di rumah yang dilihat dari nilai *knowledge analyse, discussion of needs* dan *role play* yang telah dilaksanakan selama perawatan serta skrining faktor resiko pasien pulang.

Berdasarkan analisis di atas dapat diperoleh bahwa penyusunan *tools* konservasi *discharge planning* terstruktur dapat digunakan sebagai langkah-langkah persiapan pulang klien DFU yang dimulai saat klien masuk sampai pulang dari rumah sakit. *Tools* konservasi *discharge planning* terstruktur pada tahap ini bersumber dari kebutuhan partisipan DFU dengan penambahan dari literatur-literatur yang disesuaikan dengan kondisi partisipan, oleh karena itu diharapkan perawat melaksanakan persiapan pulang secara komperhensif dengan langkah-langkah yang tepat dan terstruktur.

Tahap Action Research

a. Tahap 1 (pertama)

Tahap pertama ini dilakukan diskusi konservasi *discharge planning* terstruktur dan konsep IFSMT dengan partisipan adalah 6 orang perawat RS PKU II Muhammadiyah Yogyakarta. Hasil menunjukkan bahwa seluruh partisipan aktif dalam proses diskusi, memperhatikan, antusias, dan melakukan evaluasi serta memvalidasi hasil diskusi. Partisipan mampu menerangkan kembali tentang konsep dasar konservasi *discharge planning* terstruktur dan konsep IFSMT dengan tujuan, serta tahapan proses. Berdasarkan penelitian Sukardjo (2007) menunjukkan hasil bahwa dengan diskusi dan memecahkan *problem solving* efektif meningkatkan pengetahuan sekaligus dapat memecahkan suatu masalah. Diskusi suatu pengelihatian dua atau lebih individu yang berinteraksi secara verbal atau sasaran yang sudah ditentukan melalui cara tukar-menukar informasi mempertahankan pendapat atau pemecahan masalah²⁹. Diskusi pada umumnya bertujuan memberikan informasi dan terjalin komunikasi interaksi dengan saling menukar informasi dan pada akhirnya memberikan kesimpulan dalam proses akhir diskusi. Awal proses diskusi beberapa partisipan mengungkapkan bahwa *discharge planning* merupakan persiapan pasien pulang dengan memberikan informasi kepada pasien berupa obat, jadwal kontrol dan yang harus dihindari sebelum pasien pulang dan biasanya dilaksanakan selama kurang lebih 5 menit sampai 10 menit sesaat sebelum pulang. Hasil *action research* menyimpulkan bahwa konservasi *discharge planning* terstruktur merupakan paket belajar mandiri dari awal sampai sebelum klien pulang meliputi materi pembelajaran yang dirancang dan dilaksanakan secara sistematis untuk memenuhi *self management* individu dan keluarga dalam mempersiapkan kepulangan melalui 4 tahap meliputi: *knowledge analyse, needs of discussion, role play* dan *integrated evaluation* pada klien *diabetic foot ulcer* (DFU).

b. Tahap II (Kedua)

Tahap ini dilakukan *review* dengan mengkaji dan mengevaluasi dengan memberikan masukan. Hasil tahap ini partisipan menjelaskan perlu ditambahkan penilaian diantaranya skринing nutrisi, keluhan utama dengan format pilihan, foto perkembangan luka minimal 3 kali, serta menghilangkan *role play* yoga. Penambahan dan pengurangan item-item tersebut sesuai hasil *review*, bisa dilakukan atau tidak, dikaji perlu atau tidaknya penambahan yang harus dilakukan sesuai dengan literatur manajemen DFU. Masukkan yang diberikan oleh partisipan mulai dari tata bahasa serta urutan item yang ada pada skринing awal dan partisipan melakukan evaluasi kebutuhan yang partisipan harus lakukan dalam pelaksanaan konservasi *discharge planning* terstruktur. Menurut Witten, *et al* (2004) bahwa *review* adalah mentelaah dan memberikan masukan terhadap sesuatu berdasarkan pengalaman dan literatur yang diketahui *preview*. Fungsi dari tahap dua ini adalah perawat sebagai partisipan dalam *mereview tools* konservasi *discharge planning* terstruktur mampu untuk memperbaiki dan menganalisis kebutuhan yang harus dipenuhi dalam pelaksanaan *tools*.

c. Tahap III (Ketiga)

Tahap ketiga dilakukan validasi kebutuhan partisipan *individual and family self management* DFU (*pre action research*). Berdasarkan pemaparan hasil, maka dapat diketahui bahwa dengan validasi untuk meyakini kebenaran dan ketepatan data dalam kebutuhan *individual and family self management*. Validasi penting dalam pelaksanaan DFU sehingga mampu sebagai acuan dan bahan utama penyusunan *tools*. *Tools* ini mampu dipertanggung jawabkan hasil luaran dari penelitian ini. Tahap ini dilakukan validasi dengan teknik statistik deskriptif sederhana dalam penelitian kuantitatif meliputi kuesioner pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri, fasilitas sosial, *self management behavior*, dan *quality of life* yang akan

dipaparkan pada paragraf-paragraf selanjutnya.

Terdapat 3 responden dalam kategori pengetahuan dan kepercayaan cukup dan 1 partisipan dalam kategori baik. Pengetahuan dan kepercayaan dalam *self management* individu dan keluarga memiliki tiga subvariabel yaitu *self efficacy*, *outcome expectancy* dan *goal congruence*. Penderita DFU sebagian besar memiliki *self efficacy*, *outcome expectancy* dan *goal congruence* pada kategori cukup dan kurang. *Self efficacy* menentukan bagaimana seseorang merasa, berpikir dan memotivasi dirinya sendiri untuk bertindak dan berperilaku. *Outcome expectancy* memberikan keyakinan bahwa keterlibatan dalam perilaku tertentu akan menghasilkan hasil yang diinginkan dan *goal congruence* membantu seseorang menyelesaikan kebingungan dan kecemasan terkait dengan tujuan kesehatan (Ryan & Sawin, 2009). *Self efficacy* yang tinggi mendorong pembentukan pola pikir untuk mencapai *outcome expectancy* dan pemikiran untuk mencapai *outcome expectancy* akan memunculkan *outcome expectancy* yang nyata, namun hal ini harus didukung dengan *goal congruence* yang baik. Pengetahuan dan kepercayaan merupakan komponen yang mendasari pelaksanaan *self management* individu dan keluarga, karena pengetahuan dan kepercayaan memberikan dampak pada perilaku yang lebih spesifik yaitu *self efficacy*, *outcome expectancy* dan *goal congruence* namun pengetahuan tidak mengarah secara langsung kepada perubahan perilaku *self management*, peningkatan pengetahuan terkait dengan peningkatan perilaku *self regulation* dan fasilitasi sosial 5. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa meningkatkan pengetahuan melalui edukasi dapat meningkatkan *self efficacy* dan *self management behavior* pada penderita DM tipe 2 7. Lorig (2001) menyebutkan pengetahuan dan kepercayaan sebagai bagian terpenting dari keberhasilan seseorang untuk melakukan *self management*. Pengetahuan merupakan domain yang penting dalam membentuk perilaku seseorang. *Self efficacy*, *outcome expectancy* dan *goal congruence*

yang kurang optimal pada partisipan dikarenakan penderita memiliki pengetahuan dan kepercayaan yang belum optimal. Hal ini dibuktikan dalam hasil 3 CM sebagian partisipan menyatakan bahwa akses mendapatkan informasi untuk meningkatkan pengetahuan masih terbatas, belum ada penyuluhan secara terstruktur. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Seseorang dengan pendidikan tinggi, maka cenderung mendapatkan informasi dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan SLTA. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka akan semakin luas pengetahuannya. Perlu ditekankan bahwa seorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula, tetapi peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, tetapi juga non formal.

Responden dalam penelitian ini sebagian besar memiliki status ekonomi yang cukup. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik sebagai pengetahuan oleh setiap individu. Pengalaman memberikan pengetahuan, mengembangkan kemampuan dan mengambil keputusan. Berdasarkan data-data diatas maka pengetahuan dan kepercayaan merupakan hal yang penting dalam pelaksanaan konservasi *discharge planning* terstruktur untuk meningkatkan *individual and family self management* DFU.

Kemampuan regulasi diri dalam *self*

management individu dan keluarga memiliki enam subvariabel yaitu menetapkan tujuan, monitoring diri, pengambilan keputusan, perencanaan tindakan, evaluasi diri dan kontrol emosi. Kemampuan regulasi diri dari partisipan belum optimal. Enam sub variabel dalam kemampuan regulasi diri sebagian besar berada pada kategori cukup dan kurang. Kemampuan *self regulation* seseorang dapat mengubah respon seseorang, seperti mengendalikan impuls perilaku (dorongan perilaku), menahan hasrat, mengontrol pikiran dan mengubah emosi⁷. Kemampuan *self regulation* meliputi menetapkan tujuan, monitoring diri, pengambilan keputusan, perencanaan tindakan, evaluasi diri dan kontrol emosi berhubungan dengan perubahan perilaku kesehatan. Regulasi diri merupakan penggunaan suatu proses yang mengaktivasi pemikiran, perilaku dan perasaan yang terus menerus dalam upaya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan⁵. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Rubin (1999) diperoleh kesimpulan bahwa *diabetes education* efektif untuk meningkatkan kemampuan *self regulation* pada penderita DM tipe 2 karena melakukan *self regulation* dengan edukasi memungkinkan seseorang memperoleh penguatan secara langsung, mengetahui perubahan kondisi kesehatan dengan segera dan dapat merasakan efek atau manfaat dari pengobatan dengan cepat.

Pada penelitian ini sebagian besar partisipan jarang dan belum melaksanakan perencanaan target dan strategi pencapaian serta evaluasi diri dan kontrol emosi. Hal ini dikarenakan partisipan belum mengenal proses *self regulation*. Kemampuan regulasi diri yang belum optimal pada responden menyebutkan bahwa masalah pribadi terkadang mempengaruhi pencapaian target yang telah ditetapkan salah satunya adalah masalah ekonomi. Penjelasan yang diberikan oleh petugas kesehatan (dokter, perawat atau bidan) terkadang juga masih membingungkan sehingga keluarga dan responden merasa kesulitan untuk membuat target dan menyusun strategi serta

enggan untuk bertanya kembali meskipun belum jelas. Kemampuan regulasi diri menurut Bandura (1997) dipengaruhi oleh faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal terdiri dari standar dan penguatan, sedangkan faktor internal terdiri dari observasi diri, proses penilaian, dan reaksi diri. Seseorang dapat mencapai standar tingkah laku tertentu, maka perlu penguatan agar tingkah laku semacam itu menjadi pilihan untuk dilakukan lagi. Kemampuan regulasi diri yang kurang optimal pada responden memerlukan contoh standar perilaku kesehatan yang dapat disosialisasikan oleh para petugas kesehatan melalui media-media pembelajaran seperti melalui penyuluhan.

Fasilitas sosial dari partisipan belum optimal. Tiga subvariabel dalam fasilitasi sosial sebagian besar berada pada kategori cukup dan kurang. Teori *individual and family self management* menyebutkan bahwa *self management* yang baik memerlukan pengetahuan dan kepercayaan, kemampuan regulasi diri dan fasilitasi sosial yang baik pula. Interaksi dari ketiganya dapat membentuk *self management behavior* yang baik pula⁷. *Social influence* berisi pesan yang menyarankan dan mendorong individu dan keluarga untuk terlibat dalam perilaku kesehatan tertentu. *Social support* berisi dukungan emosional, instrumental, atau informasi yang diberikan kepada seseorang dengan tujuan eksplisit membantu atau memfasilitasi keterlibatan seseorang dalam perilaku kesehatan. Kolaborasi merupakan kerjasama, interaksi, kompromi beberapa elemen yang terkait baik individu, atau pihak-pihak yang terlibat secara langsung dan tidak langsung yang menerima akibat dan manfaat⁷. Nilai-nilai yang mendasari sebuah kolaborasi adalah tujuan yang sama, kesamaan persepsi, kemauan untuk berproses, saling memberikan manfaat, kejujuran, dan kasih sayang³¹. Fasilitasi sosial dapat diartikan sebagai dampak dari kinerja yang berasal dari orang lain. Dampak yang dihasilkan bisa positif (meningkatkan kinerja) maupun negatif (menurunkan kinerja). Dampak yang dihasilkan dari fasilitasi sosial dipengaruhi

oleh ketiga elemen dari fasilitasi sosial yaitu *social influence*, *social support* dan *collaboration*. Seseorang yang telah memperoleh *influence*, *support* dan kolaborasi yang efektif akan dihasilkan fasilitasi sosial yang baik pula.

Penelitian sebelumnya oleh Zajonc 1996 dalam Gitawati, 2013 menyebutkan bahwa kerjasama dan interaksi dengan orang lain dapat meningkatkan fasilitasi sosial seseorang. Hal ini dikarenakan kehadiran orang lain dapat meningkatkan reaksi tubuh akan meningkatkan kecenderungan untuk menampilkan respon yang sesuai dengan situasi sosial. Fasilitasi sosial pada responden belum optimal dikarenakan *social influence*, *social support* dan *collaboration* yang belum optimal pula. Aspek *social support* yang belum optimal dibuktikan pada 3CM dimana responden sering salah paham apabila keluarga bermaksud untuk mengatur menu diet responden atau mengingatkan responden, sehingga keluarga sering mengalah pada keinginan responden. Aspek *collaboration* pada responden masih ada rasa segan, malu dan takut ketika berhadapan dengan petugas kesehatan sehingga sulit terbentuk keterbukaan dan kerjasama, selain itu belum terlaksananya kegiatan home visit sebagai salah satu sarana untuk mendekatkan petugas kesehatan dengan responden serta keluarga.

Dukungan dari keluarga dapat meningkatkan fasilitasi sosial dan dapat diperkuat dengan kolaborasi oleh tenaga kesehatan karena keduanya dapat meningkatkan kecenderungan untuk menampilkan perilaku yang sesuai dengan perilaku kesehatan yang seharusnya. Berdasarkan hasil 3CM dan kuesioner diketahui bahwa *self management* pada responden belum optimal karena pengetahuan yang kurang, kemampuan regulasi diri yang belum optimal dan kurangnya fasilitasi sosial. Atas dasar itu disusun pembelajaran yang terstruktur yang berusaha merangkum ketiga aspek dalam proses *self management* agar dapat diaplikasikan kepada responden sehingga dapat meningkatkan *self management behavior*. Edukasi

dengan *knowledge analyse*, diskusi, *role play* dan integrasi evaluasi dilakukan dengan tujuan lebih mempererat kolaborasi antara penderita, keluarga dan petugas kesehatan.

Quality of life (QoL) adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan nilai dimana mereka hidup dan dalam hubungannya dengan hidup, harapan, standart dan perhatian. Hal ini merupakan konsep yang sangat luas yang mempengaruhi kesehatan fisik seseorang, keadaan psikologis, hubungan sosial dan hubungannya dengan keinginan dimasa yang akan datang terhadap lingkungan mereka³³. Hal ini karena DFU adalah penyakit kronis yang tidak dapat diobati secara tuntas, namun apabila terkontrol dengan baik dapat menghambat atau mencegah keluhan fisik akibat komplikasi akut maupun kronisnya. Penderita DFU dengan kualitas hidup yang rendah dapat memperburuk gangguan metabolik baik secara langsung melalui stres hormonal maupun tidak langsung melalui *compliance* yang buruk.

Pengelolaan DFU melalui berperilaku positif dalam menjalani penyakitnya, maka penderita mampu mempertahankan dietnya, dan mampu melakukan pola hidup yang sehat sesuai dengan diet. Penderita bisa mengontrol kadar gulanya dengan baik, secara tidak langsung kualitas hidup penderita akan meningkat karena dengan keinginan yang konsisten untuk tetap mempertahankan kadar gula darah dalam rentang normal maka *quality of life* nya juga akan meningkat.

d. Tahap IV (Keempat)

Tahap keempat menggunakan metode triangulasi untuk mengurangi bias dengan triangulasi sumber dan metode. Triangulasi sumber dilakukan *cross check* data dengan fakta dari partisipan dan hasil dari penelitian lain. Metode dilakukan dengan wawancara dan observasi pada partisipan-partisipan. Tahap triangulasi penelitian ini menggunakan 4 pakar sesuai dengan keahliannya masing-masing untuk

memberikan masukan dan kemudian dilakukan revisi *tools* kembali sesuai masukan pakar serta disesuaikan dengan literatur baik buku maupun jurnal penelitian dan di refleksikan dengan mengkonfirmasi kembali ke pakar.

Tahap ini setelah dilakukan triangulasi awal maka banyak perubahan yang terjadi dalam draf *tools* konservasi *discharge planning* terstruktur meliputi Formulir A1 (formulir skrinning awal), A2 (Formulir skrinning fokus), B1 (pengkajian SINGTED), B2 (*Treatment plan*), C (Pencatatan intervensi konservasi *discharge planning* terstruktur) dan D (*integrated evaluation* konservasi *discharge planning* terstruktur).

Formulir A berisi tentang screening awal yang meliputi kesiapan partisipan untuk pulang, terdapat item resiko tinggi perawatan, pengkajian resiko jatuh, pengkajian dekubitus, penilaian tingkat nyeri, penilaian nutrisi (formulir MNA), penilaian individual *and family self management*, hasil kultur bakteri, hasil laboratorium dengan format pilihan (√). Formulir A2 berisi tentang formulir *skrinning focus* yang meliputi identitas dengan alergi obat, *situation*, *foot screening tool*, masalah keperawatan, dan rencana keperawatan. Pada formulir A1 dan A2 merupakan *tools* yang digunakan untuk melakukan deteksi awal pada klien dalam persiapan pulang dan tindakan yang akan dilakukan kedepannya. Hal di atas sesuai dengan penelitian Siahaan (2008) bahwa diperlukan untuk mendeteksi kesiapan pulang perlu dilakukan pengkajian untuk mengetahui sejak awal kesiapan klien pulang. Formulir A diharapkan dapat mengetahui kesiapan klien dalam mempersiapkan tingkat kemandirian setelah dirumah sedini mungkin.

Formulir B1 merupakan pengkajian SINGTED yang dikembangkan oleh Dr. Suriadi., BSN, MNS, RN, AWCS terdiri dari item *size*, *inflammation*, *granulation*, *necrotic*, *tunneling*, *wound edge* dan *depth*. SINGTED lebih mudah diaplikasikan oleh perawat klinik kitamura dari pada penggunaan pengkajian DESIGN dan BWAT dengan reliabilitas

0,978. Berdasarkan penelitian Fachrurrozi (2014) bahwa reliabilitas DESIGN 0,759 sedangkan reliabilitas BWAT 0,978, namun dalam penggunaan *tools* ini hendaknya disesuaikan dengan kondisi tempat kerja dan harus dilakukan penelitian lebih lanjut untuk membandingkan ketiga *tools* tersebut, sehingga dapat digunakan oleh perawat setempat.

Formulir B2 merupakan *treatment plan* digunakan untuk mencatat intervensi perawatan luka berdasarkan TIME manajemen dan digunakan sebagai perhitungan biaya yang akan dikeluarkan terhadap barang habis pakai dalam pemilihan balutan, terdapat frekuensi ganti balut serta prosentase luka secara umum. Fungsi catatan digunakan sebagai catatan kendala waktu perawatan seperti adanya *bledding*, jaringan mati yang sulit diangkat, nyeri yang berlebihan waktu pengangkatan serta ketidakoperatifan dari klien.

Formulir C pada dasarnya ini masih sama dengan *draf tools* (hal 154) namun ada beberapa penambahan sesuai dengan hasil evaluasi triangulasi seperti salutogenese dan penghapusan dari yoga sebagai proses penurunan kecemasan dan nyeri. Formulir D memiliki banyak perubahan dengan beberapa pengurangan item dikarena item-item yang di hapus sudah tercantum dalam formulir item A dan B, namun dengan pengurangan tersebut juga terdapat penambahan item obat yang dibawa pulang dengan rekap nilai SINGTED dari awal sampai akhir pengkajian. Lembar evaluasi ini dapat dibawa pulang oleh klien dan digunakan sebagai data untuk pasien kontrol di poli luka.

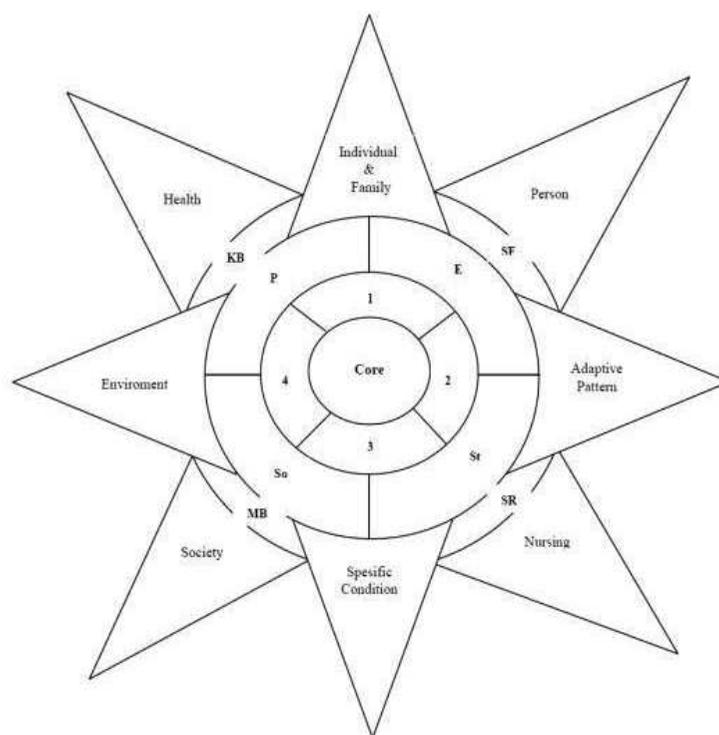
Tahap keempat didapatkan bahwa dari semua partisipan mampu untuk memahami *tools* yang disusun akan tetapi ada beberapa kata yang kurang dipahami. Hal ini dikarenakan masih awam tentang kelainan kelainan medis pada anatomi kaki, namun hal ini akan bisa mudah dipahami dengan mengetahui kelainan anatomi kaki melalui gambar dan terdapat petunjuk dalam pelaksanaan *tools* yang disusun. Berdasarkan hasil evaluasi dan refleksi triangulasi didapatkan bahwa *tools* yang dibuat sudah sesuai dengan teori dan literatur yang ada dengan berbagai tahapan dalam penyusunan.

IMPLIKASI BAGI KEPERAWATAN

Hasil penelitian ini memberikan gambaran kebutuhan partisipan terhadap *individual and family self management* DFU. Penelitian ini memberikan informasi masalah-masalah dan kebutuhan yang dihadapi partisipan DFU Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar peneliti selanjutnya untuk menerapkan konservasi *discharge planning* terstruktur dengan penelitian kuantitatif sebagai validasi analitik. Konservasi *discharge planning* terstruktur merupakan wadah yang tepat untuk mengembangkan program pendidikan

kesehatan baik individu maupun keluarga untuk meningkatkan kemampuan diri, dan belajar koping atau regulasi diri, fasilitas sosial, pengetahuan dan kepercayaan yang baru dalam mengatasi masalah, menemukan strategi dalam manajemen *behavior* dimana untuk peningkatan kualitas hidup.

Peneliti berharap hasil akhir penelitian ini tersusun model pengembangan *konservasi discharge planning* terstruktur. Model *konservasi discharge planning* terstruktur yang peneliti susun diharapkan dapat dilakukan kajian ulang melalui penelitian *grounded theory*. Berikut ini merupakan gambar model *konservasi discharge planning* terstruktur



Keterangan gambar

Contents Level

- 1 : *Knowing analyse*
- 2 : *Discussion of needs*
- 3 : *Role Play*
- 4 : *Integreted evaluation*

Quadrant Integreted

- P* : Personal
E : Energy
St : Structure
So : Social

Pattern of Needs

- KB* : Knowledge & believe
SC : Social Facilies
SR : Self Regulation
MB : Management Behaviors

Gambar 3 Model Konservasi *Discharge Planning* Terstruktur Terhadap *Individual and Family Self Management Diabetic Foot Ulcer*

Tabel 6. Definisi Konsep Model Konservasi
Discharge Planning Terstruktur Terhadap
*Individual and Family Self Management Diabetic
Foot Ulcer*

Content Component I : Core

Conservation Structured
Discharge Planning Paket belajar mandiri meliputi materi pembelajaran yang dirancang dan dilaksanakan secara sistematis untuk memenuhi *self management* individu dan keluarga dalam mempersiapkan keputungan melalui 4 tahap meliputi: *knowledge analyse, discussion of needs, role play* dan *integrated evaluation* pada klien.

**Content Component 2 : Metaparadigma of
Nursing Theory**

Nurse Profesi yang autonomi secara profesional keperawatan. Fungsi profesional yaitu membantu mengenali, menemukan dan membantu kebutuhan klien dan keluarga berkaitan dengan proses keperawatan dengan dukungan informasi, emosioanal, intelektual, dan penghargaan. Diperhatikan tentang disiplin proses keperawatan mengandung elemen dasar, yaitu pengetahuan dan kepercayaan klien dan keluarga, fasilitas sosial, regulasi diri, dan self management behavior serta reaksi perawat dan tindakan perawatan yang dirancang untuk kebaikan klien dan keluarga berdasarkan spritual dan budaya.

Health

Terpenuhinya kebutuhan *individual and family self management*, sehingga bebas dari ketidaknyamanan fisik dan mental dan merasa adekuat. Sehat dipengaruhi oleh karakteristik individu dan keluarga dalam peningkatan atau pengurangan manajemen diri. Seseorang yang bertindak atau berperilaku secara verbal dan nonverbal, terkadang dalam situasi tertentu manusia dalam memenuhi kebutuhannya membutuhkan pertolongan, dan mengalami distress jika mereka tidak dapat melakukannya serta memerlukan pengelolaan diri atau dengan kata lain *individual and family self management*. Manusia dipengaruhi oleh kondisi spesifik.

Person

Situasi keperawatan yang terjadi ketika perawat dan klien berinteraksi, dan keduanya mempersepsikan, berfikit, dan merasakan dan bertindak dalam situasi yang bersifat segera. Klien dapat mengalami distress terhadap lingkungan terapeutik dalam mencapai tujuannya, perawat perlu mengobservasi perilaku kline dikarenakan kondisi lingkungan untuk mengetahui tanda-tanda distress lingkungan.

Society

Content Component 3 : Pattern of Needs

<i>Knowladge & Belief</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan merupakan informasi factual dan persepsi tentang kondisi atau perilaku kesehatan 2. Keyakinan adalah suatu kepercayaan terhadap segala informasi baik yang bersifat factual maupun non faktual yang dipengaruhi oleh spiritualitas dan kebudayaan dalam perilaku kesehatan
<i>Social Facilities</i>	Merupakan dukungan baik instrumen, penghargaan, emosional, informasi dan spiritual untuk membantu atau memfasilitasi keterlibatan klien dan keluarga dalam perilaku kesehatan yang terdiri dari dukungan sosial, pengaruh sosial, negosiasi kolaboratif dan laporan perkembangan
<i>Self Regulation</i>	Merupakan proses individu untuk mencapai perubahan dalam perilaku kesehatan dengan keterampilan dan kemampuan yang dimiliki antara lain penetapan tujuan, fleksibilitas diri, autonomi, salutogenese, dan kontrol pikiran
<i>Self Management Behaviors</i>	Perilaku perawatan mandiri yang harus dilaksanakan oleh individu dan keluarga meliputi aktivitas fisik, seks, istirahat, jadwal minum obat, rawat luka (management balutan & penanganan nyeri) dan pola makan (jadwal makan dan menu makanan)

Content Component 4 :Contextual Factors

<i>Individual and Family</i>	Karakteristik individu dan keluarga yang meningkatkan atau mengurangi manajemen diri, misalnya, status kognitif individu, perspektif, pengolahan informasi, tahap perkembangan, kemampuan dan kohesi individu dan keluarga, dan akal
<i>Spesific Conditions</i>	Fisiologis, struktural, kondisi karakteristik fungsional, pengobatan, atau pencegahan yang mempengaruhi jumlah, jenis, dan sifat kritis perilaku yang diperlukan untuk mengelola kondisi pada saat stabilitas atau transisi.
<i>Physical and Environment</i>	Faktor fisik atau sosial termasuk akses ke pelayanan kesehatan, transisi dalam penyedia atau seting layanan kesehatan, transportasi, lingkungan, sekolah, pekerjaan, budaya, dan modal sosial yang meningkatkan atau menghambat individu dan keluarga untuk melaksanakan manajemen diri
<i>Adaptive Pattern</i>	Proses dimana individu mempertahankan integritas dalam menghadapi realitas lingkungan internal dan eksternal meliputi riwayat masa lalu, stimulus, pilihan akan keadaan.

Content Component 5 : Levels

<i>Knowledge Analyse</i>	Bagaimana seorang perawat mampu untuk mengetahui dan mampu menganalisis pengetahuan partisipan dan keluarga tentang DFU seperti konservasi integritas energi (diet, aktivitas terkontrol, obat dan efek samping), konservasi integritas struktural (ROM, perawatan luka, <i>personal hygiene</i> , manajemen nyeri), konservasi integritas personal (<i>goal congruence, outcome expectancy, self efficacy, self regulation</i> dan menjaga privasi partisipan), konservasi integritas sosial (<i>sosial influence, sosial support, negotiated collaboration</i> , rekreatif).
<i>Discussion of Needs</i>	Melakukan diskusi antara perawat dengan partisipan DFU dan keluarga mengenai kebutuhan perawatan baik di RS maupun di rumah sesuai dengan penilaian dalam <i>knowledge analyse</i> karena juga merupakan kebutuhan yang dikehendaki sesuai konservasi energi, integritas struktural, integritas personal dan integritas sosial sesuai dengan <i>knowledge analyse</i> .
<i>Role Play</i>	Melakukan demonstrasi dan skill pada partisipan dan keluarga dalam manajemen DFU seperti konservasi integritas energi (menu praktis DFU, pemaparan obat dan efek samping, jadwal kegiatan dan pengaturan istirahat), konservasi integritas struktural (ROM Ankle, perawatan luka, membalut luka, terapi suntik insulin, relaksasi nafas dalam, dzikir khafi, seterilisasi alat), konservasi integritas personal (<i>goal congruence, outcome expectancy, self efficacy, self regulation</i>), 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).
<i>Integrated Evaluation</i>	Tahap terakhir yang berfungsi untuk mengevaluasi atau menilai tingkat kesiapan partisipan dan keluarga dalam manajemen perawatan DFU dirumah yang dilihat dari nilai <i>knowledge analyse, discussion of needs</i> dan <i>role play</i> yang telah dilaksanakan selama perawatan serta skrining faktor resiko pasien pulang.

Content Component 6 : Quadrants Integrated

Energy 1. Individu membutuhkan keseimbangan energi dan pembaharuan konstan dari energi untuk mempertahankan aktivitas hidup. Konservasi energi bertujuan untuk menjaga keseimbangan energi sehingga input dan output sesuai atau seimbang untuk menghindari kelelahan yang berlebihan.

2. Setiap orang membutuhkan keseimbangan energi tetapi ada faktor-faktor dalam pribadi dan lingkungan eksternal yang dapat menyebabkan menipisnya energi. Mengacu pada masukan menyeimbangkan energi dan output untuk menghindari kelelahan berlebihan dan termasuk istirahat, gizi dan olahraga jantung. Contoh: istirahat dan pemeliharaan gizi yang cukup.

Structure

1. Perawat dapat membatasi jumlah jaringan yang terlibat dalam penyakit dengan deteksi dini terhadap perubahan fungsi dan dengan intervensi keperawatan
2. Konservasi integritas struktur bertujuan untuk mempertahankan atau memulihkan struktur tubuh sehingga mencegah terjadinya kerusakan fisik dan meningkatkan proses penyembuhan. Contoh: membantu pasien dalam latihan ROM dan pemeliharaan kebersihan diri.

Personal

Konservasi integritas personal bertujuan untuk mengenali individu sebagai manusia yang mendapatkan pengakuan, rasa hormat, kesadaran diri, dan dapat menentukan nasibnya sendiri. Setiap orang memiliki rasa sendiri senilai identitas dan diri. Contoh: regulasi diri.

Social

1. Seorang individu diakui sebagai anggota keluarga, anggota komunitas atau masyarakat, kelompok keagamaan, kelompok etnis, dan sistem politik suatu bangsa
2. Melibatkan keberadaan dan pengakuan dari interaksi manusia, khususnya dengan orang lain yang signifikan dengan klien sebagai sistem dukungannya. Contoh: posisi pasien di tempat tidur, mempromosikan penggunaan pasien dari surat kabar, majalah, dan sosial media.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan pengembangan konservasi *discharge planning* terstruktur sebagai berikut:

1. Kebutuhan *individual and family self management* DFU terdiri dari pengetahuan dan keyakinan, regulasi diri, fasilitas sosial dan *self management behavior*.
2. Tersusun draf *tools* konservasi *discharge planning* terdiri dari 3 bagian yaitu skrining awal, implementasi dan evaluasi.
3. Peningkatan pengetahuan praktisi dan perawat luka tentang konsep *discharge planning* dan *individual and family self management diabetic foot ulcer*
4. Terdapat hasil review format *tools* konservasi *discharge planning* terstruktur terhadap *individual and family self management diabetic foot ulcer* kepada praktisi dan perawat luka.
5. Tervalidasi kebutuhan partisipan dan keluarga terhadap *individual and family self management diabetic foot ulcer* yang telah dilengkapi dengan

kebutuhan praktisi dan perawat.

6. Triangulasi *tools* konservasi *discharge planning* terstruktur oleh 4 pakar.
7. Adanyarekomendasi untuk meningkatkan *self management* individu dan keluarga pada partisipan *diabetic foot ulcer* di PKU Muhammadiyah Unit II Yogyakarta melalui format *tools* dan rancangan model konservasi *discharge planning* terstruktur.

SARAN

1. Berbagai bentuk model intervensi perlu diteliti dan dikembangkan guna meningkatkan *individual and self management diabetic foot ulcer*. Diperlukan studi lanjutan yang mengkaji secara lebih mendalam pengalaman-pengalaman partisipan yang telah teridentifikasi dari penelitian ini, misalkan pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga, pengalaman menghadapi kondisi hambatan-hambatan pada klien *diabetic foot ulcer*.
2. Hasil penelitian ini menekankan pentingnya asuhan keperawatan yang berkesinambungan bagi penderita DFU. Oleh karenanya institusi penyedia pelayanan keperawatan perlu menyusun suatu model yang mengintegrasikan perawatan di rumah sakit dan perawatan lanjut pasca hospitalisasi. Hal ini dapat dicapai melalui beberapa cara, misalnya membentuk unit *follow up care*, atau bekerja sama dengan penyedia jasa pelayanan keperawatan yang berdekatan dengan tempat tinggal pasien sehingga memudahkan akses.
3. Peneliti selanjutnya bisa menerapkan *tools* konservasi dan mengembangkan model *discharge planning* terstruktur untuk mengetahui pengaruhnya terhadap kualitas hidup baik melalui penelitian kualitatif maupun kuantitatif.

DAFTAR PUSTAKA

Agustin, R. (2013). Pengembangan Model *Discharge Planning* Dalam Pelayanan

Keperawatan. Tesis. FKP Universitas Airlangga, Surabaya.

Austin, L.P. (2011). The Nurse's Knowledge of Blood Conservation as a Part of Blood Management. Retrieved September 12, 2013, From Published Online ProQuest LLC.

Ayele, K., Tesfa, b., Abebe, L. (2012). Self Care Behavior Among Patients With Diabetes In Harari, Eastern Ethiopia: The Health Belive Model Perspective. Plos One. 7 (4), 1-6 April, 2012. Retrieved September 12, 2013, From <http://www.plosone.org/.../info%3AAdoi%2F10.1371>.

Bandura, A. (1997). Self Efficacy. Diunduh tanggal 12 September 2013, dari <http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html>.

Bryant, R & Nik, D. (2007). Acute and Chronic Wound Current Management Concept. St.Louis: Mosby Elsevier.

Carey, K, Neal J & Collins E (2004). A psychometric analysis of self-regulation questionnaire; *Addictive behaviors*, 29 (2004), p.253-269, diperoleh pada tanggal 21 Januari 2014 dari www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.

Carpenito, L.J. (2002). Nursing Diagnosis and Collaborative Problem. Philadelphia: Lippincut.

Casillas, E, Schulz, M, Robbins, S, Santos, P & Lee, R. (2006). Exploring the meaning of motivation across cultures: irt analyses of the goal instability scale, *Journal of Career Assessment*, vol. 14, no. 472.

Firman, A., Indah W., Dadang, R. (2012). Kualitas Hidup Pasien Ulkus Diabetik Di Rumah Sakit Umum Daerah Serang Tahun 2012.

Foley, L. (2007). Where to the Diabetic Foot Ulcer. Retrieved September 12, 2013, From http://www.awma.com.au/journal/library/1502_03.pdf.

Gitawati.D.S. (2013). Model *Self Management* Individu dan Keluarga terhadap *Quality of Life* Penderita Diabetes Mellitus (DM)

- tipe 2. Tesis FKP Universitas Airlangga, Surabaya.
- Hager, J.S. (2010). Effects of a Discharge Planning Intervention on Perceived Readiness for Discharge. Doctor of Nursing Practice Systems Change Projects Nursing, St. Catherine University.
- Handayani, T.W. (2010). Pengaruh Pengelolaan Depresi dengan Latihan Pernafasan Yoga terhadap Perkembangan Proses Penyembuhan Ulkus Diabetikum di Rumah Sakit Pemerintah Aceh. Tesis, FIK Universitas Indonesia. Jakarta.
- Holt, CL, Clark, EM, Roth, D, Crowther, M, Kohler, C, Fouad, M, Foushee, R, Lee, P & Southward, P (2011). Development and validation of an instrument to assess perceived social influence on health behaviors, *Journal of Health Psychology*, 2010 15: 1225 originally published online 3 June 2010, diperoleh pada tanggal 11 Januari 2014, dari <http://hpq.sagepub.com/>
- Hussein, R.N, *et al.* (2010). Impact of diabetes on physical and psychological aspects of quality of life of diabetes in erbil city, Iraq. *Duhok med j.* 4 (2), 45- 59, Retrieved September 12, 2013. From http://www.uod.ac/articles_files/no6.9.pdf.
- Iversen, M.M, *et al.* (2009). The Association Between History of Diabetic Foot Ulcer, Perceived Health and Psychological Distress: The Nord Trondelag Health Study.
- Jeffcoate, W.J., Harding, K.G. (2003). Diabetic Foot ulcer: a Review. Retrieved September 12, 2013, From <http://www.epodiatry.com/diabeticfoot.htm>.
- Misnadiarly. (2005). Permasalahan Kaki Diabetes dan Upaya Penanggulangan. http://www.honson_kaki_diabetic.htm. diunduh tanggal 01 Oktober 2013.
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia. (2006). Konsesus: Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia. PERKENI: Jakarta.
- Perry, A. G. & Potter, P. A. (2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik. Volume 1, Edisi 4. EGC: Jakarta.
- Rekam Medik PKU Muhammadiyah II Yogyakarta. (2014). Laporan Tahunan Diagnosa Pasien. PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- Rondhianto. (2011). Pengaruh Diabetes Self Management Education dalam Discharge Planning Terhadap Self Efficacy dan Self Behaviour Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2, Tesis FKP Universitas Airlangga, Surabaya.
- Rosyad, Y.S (2014). Persepsi Gay Terhadap Stigmatisasi Gay Oleh Petugas Kesehatan. Skripsi STIKES A.Yani Yogyakarta.
- Ryan, Polly & Sawin, Kathleen J. (2009). The Individual and Family Self- Management Theory: Background and Perspectives on Context, Process, and Outcomes', *Nurs Outlook*, vol. 57, no. 4, p. 217–225, Retrieved September 12, 2013, From <http://www.ncbi.nlm.nih.pdf>.
- Sarwono & Meinarno (2009). Psikologi Sosial: Individu Dan Teori-Teori Psikologi Sosial, Balai Pustaka: Jakarta.
- Skarbek, Edyta Anna. (2006). Psychosocial predictors of self-care behaviors in type 2 diabetes mellitus patients: analysis of social support, selfefficacy, and depression. a disertation', diperoleh pada tanggal 13 Januari 2014, dari <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.118>.
- Souza, D., *et al.* (2013). Quality Of Life and Self-Esteem of Patients With Chronic Ulcers. Retrieved January 02, 2014. From *Acta Paul Enferm journal* 26(3):283-8.
- Tang, TS, Brown, MB, Funnell, MM & Anderson, RM (2008). Social Support, Quality of Life and Self-Care Behaviors Among African Americans With Type 2 Diabetes',

-
- The Diabetes Educator, vol. 34, p. 266, Retrieved September 12, 2013, From <http://tde.sagepub.com/content/34/2/266>. short.
- Wijanarko, Yeni. (2012). Hubungan Tingkat Pengetahuan Penderita Diabetes Tipe II Tentang Perawatan Kaki Diabetes Dengan Kejadian Ulkus Kaki Diabetes di RSUD Saiful Anwar Malang. Skripsi UNIBRAW, Malang.
- Wijaya Dodi. (2013). Flow Chart Perencanaan Pulang. Tesis Universitas Indonesia, Jakarta.
- World Health Organization. (2012). Health Topics: Diabetes. Retrieved September 12, 2013. From http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus.
- Wu, SF. (2007). Effectiveness of self management for persons with type 2 diabetes following the implementation of a self efficacy enhancing intervention program in Taiwan', *Quensland University of Technology Schooll of Nursing*, Retrieved September 12, 2013. From <http://eprints.qut.edu.au/>.