

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. *Diabetic Foot Ulcer*

Diabetes melitus (DM) merupakan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang berhubungan dengan defisiensi relatif atau absolut sekresi insulin yang ditandai dengan hiperglikemi kronis yang disebabkan oleh faktor lingkungan dan keturunan. DM adalah suatu kelompok penyakit metabolik yang memiliki karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena gangguan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya. Pada tahun 2000 jumlah yang mengidap penyakit DM yang berusia di atas 20 tahun berjumlah 150 juta orang di dunia. Pada tahun 2011, 350 juta orang di seluruh dunia (6,6% dari populasi) dan lebih dari 55 juta di Eropa menderita diabetes mellitus. Jumlah tersebut melebihi dari perkiraan Badan WHO yang pada tahun 2000 memperkirakan pada tahun 2025 jumlah penderita DM akan meningkat 2 kali lipat menjadi 300 juta orang. (Suyono, 2009 dalam Roza, Afriant, & Edward, 2015; ADA, 2010 dalam Yuanita, 2013, Ulum, 2012; Lapantalo et al, 2011).

Salah satu komplikasi kronik atau jangka panjang penyakit DM yang menimbulkan kecemasan adalah *diabetic foot ulcer* (DFU) karena selalu dikaitkan dengan amputasi kaki. Komplikasi DFU merupakan penyebab tersering penyebab rawat inap dan dilakukannya amputasi yang didasari oleh kejadian non traumatik pada pasien DM. Resiko amputasi 15-40 kali lebih sering pada penderita DM dibandingkan dengan non-DM. Lebih dari 25% penderita DM yang dirawat adalah akibat DFU (Decroli, et al, 2010 dalam Sunaryo & Sudiro, 2014).

DFU disebabkan adanya tiga faktor yang sering disebut trias, yaitu iskemik, neuropati, dan infeksi (Hastuti, 2008 dalam Roza, Afriant, & Edward, 2015; Ulum, 2012). Sedangkan faktor risiko terjadinya DFU diantaranya: jenis kelamin dimana laki-laki lebih dominan; lamanya penyakit DM dimana dari 100% pasien DM dengan DFU ditemukan 58% diantaranya ditemukan pada pasien DM lebih dari 10 tahun; neuropati yang menyebabkan gangguan saraf motorik (atrofi otot, deformitas kaki, perubahan biomekanika kaki dan distribusi tekanan kaki terganggu), saraf sensorik (kehilangan sensasi atau merasa kebas), dan saraf otonom (sekresi keringat sedikit sehingga kaki jadi kering dan mudah terbentuk fissura); *Peripheral Artery Disease* (PAD) yang merupakan penyakit penyumbatan arteri

di ekstremitas bawah yang disebabkan oleh atherosklerosis; dan perawatan kaki yang merupakan upaya pencegahan primer terjadinya DFU (Roza dkk, 2015; Yuanita, 2013; Ulum, 2012).

Klasifikasi DFU dengan menggunakan skala dari Wagner berdasarkan kedalaman ulkus dan ada tidaknya osteomyelitis atau gangren adalah klasifikasi sering digunakan, diantaranya (Parisi et al, 2008; Jain, 2012):

Tabel 2.1 Klasifikasi DFU sistem Wagner

Grade 0	Fase pra atau pasca ulserasi
Grade 1	Ulserasi superfisial
Grade 2	Ulserasi yang menembus sampai ke tendon dan persendian
Grade 3	Lesi yang melibatkan jaringan yang lebih dalam
Grade 4	Gangren pada kaki depan
Grade 5	Gangren yang melibatkan 2/3 bagian kaki

Salah satu penelitian yang menggunakan klasifikasi DFU sistem Wagner adalah Parisi et al. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Parisi et al (2008) disimpulkan bahwa DFU derajat 0 lebih mudah mengalami penyembuhan daripada derajat yang lain. Sedangkan derajat 1 memiliki kemungkinan untuk sembuh 70,96%, sedangkan derajat 2 dan 3 memiliki kemungkinan untuk sembuh sebesar 41,27%.

Klarifikasi DFU menurut *University of Texas (UT) system* lebih kompleks, DFU diklasifikasikan berdasarkan kedalaman ulkus, ada tidaknya infeksi, dan ada tidaknya tanda dan gejala iskemia (Parisi et al, 2008; Jain, 2012).

Tabel 2.2 Klasifikasi DFU *UT system*

Stage	Grade			
	0	1	2	3
A	pre/post ulkus	ulkus superfisial	ulkus tendon+sendi	ul. tulang+sendi
B	infeksi	infeksi	infeksi	infeksi
C	iskemia	iskemia	iskemia	iskemia
D	infeksi dan Iskemia	infeksi dan iskemia	infeksi dan iskemia	infeksi dan iskemia

Parisi et al (2008) selain menggunakan klasifikasi DFU sistem Wagner dalam penelitiannya juga menggunakan klasifikasi DFU *UT system*. Pada penggunaan klasifikasi DFU *UT system* dapat disimpulkan bahwa kemungkinan untuk sembuh DFU *stage A grade 1* sebesar 81,64%, *stage A grade 2-3* sebesar 60,80%. Untuk *stage B grade 1* kemungkinan untuk sembuh sebesar 61,87% dan *stage B grade 2-3* sebesar 36,14%. Sedangkan untuk *stage C grade 1* sebesar 68,64%, *stage C grade 2-3* sebesar 43,29%, *stage D grade 1* sebesar 49,17%, dan *stage D grade 2-3* sebesar 25,22%.

Penatalaksanaan DFU harus dilakukan secara komprehensif sesuai dengan karakteristiknya masing-masing. Penatalaksanaan DFU dilakukan dengan mengontrol berbagai aspek diantaranya:

a. Pengontrolan gula darah

Kontrol metabolik ini dapat dilakukan dengan melakukan pengontrolan gula darah dalam kondisi normal sehingga dapat mencegah hiperglikemia serta memperbaiki faktor-faktor yang dapat menghambat penyembuhan luka. Hal ini dapat dilakukan oleh pasien sendiri atau dengan melakukan pemeriksaan sendiri atau ke tempat pelayanan kesehatan (Waspadji, 2006 dalam Yuanita, 2013).

b. Mengontrol pembuluh darah

Untuk pengontrolan vaskular dapat dilakukan dengan menghindari atau memodifikasi faktor-faktor resiko yang dapat menyebabkan aterosklerosis misalnya: membatasi makanan berlemak, berhenti merokok, dan sebagainya) dan perbaikan pembuluh darah pada pasien iskemia untuk mengurangi nyeri, meningkatkan aliran darah, membantu mempercepat penyembuhan luka, dan memperbaiki fungsi tubuh (Waspadji, 2006 dalam Yuanita, 2013).

c. Perawatan Luka

Dilakukan dengan cara perawatan luka yang tepat, penggunaan teknik *dressing* dan agen topikal yang sesuai pada luka, dan debridemen pada jaringan nekrosis. Perawatan luka dilakukan sejak ulkus terbentuk dan dilakukan secara hati-hati dan teliti. Tujuan perawatan luka adalah mencegah dehidrasi dan kematian sel, mempercepat proses angiogenesis, dan memfasilitasi proses epitelisasi (Rebolledo et al, 2011; Waspadji, 2006 dalam Yuanita, 2013).

d. Pengontrolan infeksi

Pengontrolan infeksi bertujuan untuk mencegah infeksi pada luka. *DFU* dapat menjadi sarana berkembang biaknya bakteri apabila tidak dilakukan perawatan dengan baik. Melakukan kultur jaringan perlu dilakukan agar kita mengetahui jenis bakteri yang ada pada luka sehingga membantu kita dalam menentukan jenis antibiotik yang benar untuk pasien tersebut. Adanya nanah atau terdapat beberapa tanda inflamasi (nyeri, bengkak, terasa hangat, kemerahan, dan kehilangan fungsi) menjadi tanda bahwa bakteri berkembang biak pada daerah DFU dan mengakibatkan infeksi pada daerah DFU (Rebolledo et al, 2011).

e. Pengurangan tekanan

Pengurangan tekanan dapat dilakukan dengan cara mengurangi beban pada kaki (*offloading*) yaitu dengan menghindari semua tekanan mekanis pada kaki yang terluka maupun pada kaki yang mengalami kalus. Hal tersebut dilakukan agar tidak terjadi tambahan trauma pada kaki dan juga proses penyembuhan luka lebih cepat. Pengurangan tekanan dapat dilakukan dengan mengurangi aktivitas berat, penggunaan sepatu yang tepat, tirah baring, dan melakukan perawatan kaki (Rebolledo et al, 2011).

f. Pemberian edukasi

Edukasi yang diberikan seperti cara pengelolaan DFU dan pengelolaan diabetes secara mandiri. Pemberian edukasi yang benar bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, merubah perilaku pasien dalam melakukan perawatan mandiri, memberikan motivasi, dan menambah keterampilan pasien (Waspadji, 2006 dalam Yuanita, 2013).

Kaur (2014) menyatakan Tingkat kekambuhan DFU cukup tinggi, tetapi pendidikan yang tepat bagi pasien, penyediaan alas kaki pasca penyembuhan, dan perawatan kaki secara teratur dapat mengurangi tingkat *re-ulseration*. Diperkirakan bahwa 85% dari

amputasi rendah dari kaki diabetik bisa dicegah dengan pengembangan program pendidikan kesehatan. Salah satu cara yang dapat dilakukan oleh perawat dalam memberikan edukasi atau pendidikan kesehatan adalah melakukan *discharge planning* pada pasien DFU pasca perawatan.

2. Discharge Planning

Kozier (2004) dalam Nursinih (2012) mengartikan perencanaan pulang (*discharge planning*) merupakan proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu unit pelayanan kepada unit yang lain di dalam atau di luar suatu pelayanan kesehatan umum. Tujuan dilakukannya *discharge planning* adalah memberikan pelayanan terbaik untuk menjamin keberlanjutan asuhan berkualitas antar rumah sakit dan komunitas dengan memfasilitasi komunikasi yang efektif (*Discharge Planning Assosiation, 2008*).

Manfaat dari *discharge planning* menurut Konkoi (2011) dalam Nursinih (2012) adalah memperpendek waktu perawatan di rumah sakit, mempengaruhi kebutuhan rumah sakit, menurunkan angka penerimaan kembali pasien ke rumah sakit, dan memberikan intervensi *discharge planning* tepat waktu. Pelaksanaan *discharge planning* akan efektif jika terdapat evaluasi dari hasil *discharge planning* yang dilakukan. Sebenarnya pemberian *discharge planning*

dimulai sejak pasien mendapatkan pelayanan kesehatan dan sejarah berkesinambungan baik dengan tujuan untuk membantu proses penyembuhan, mempertahankan kesehatan dan sekaligus mencegah terjadinya kekambuhan sampai pasien siap untuk kembali ke rumah (Kozier, 2004 dalam Nursin, 2012).

Discharge Planning Association (2008) menyatakan bahwa format *discharge planning* mencakup: pengobatan, daftar obat, hasil test laboratorium, gaya hidup, perawatan diri, perawatan, dan pengobatan lanjutan, tindakan saat keadaan darurat, dan pengaturan perawatan lanjutan.

Potter dan Perry (2005) menyusun format *discharge planning* sebagai berikut:

a. Pengkajian

Proses *discharge planning* dimulai dengan proses pengkajian untuk mengetahui kebutuhan pasien dan caregiver sehingga pemberian *discharge planning* dapat dilakukan secara tepat dan hasilnya diharapkan lebih maksimal. Hal-hal yang perlu dikaji diantaranya:

- 1) Pengkajian riwayat keperawatan yang didapatkan dari diskusi dengan pasien dan *caregiver* yang meliputi pengkajian fokus pada kesehatan fisik pasien, status fungsional, nilai kesehatan,

sistem pendukung sosial, budaya dan etnis, sumber finansial, tingkat pendidikan, serta hal-hal yang menghambatan dalam perawatan.

- 2) Pengkajian tentang kebutuhan pasien dan *caregiver* terhadap pendidikan kesehatan dan metode pembelajaran yang diminati dalam penatalaksanaan perawatan di rumah meliputi penggunaan peralatan medis, kemungkinan terjadi komplikasi dan tindakan yang dianjurkan dan dilarang.
- 3) Kaji bersama-sama dengan pasien dan *caregiver* terhadap faktor-faktor lingkungan (kondisi tempat tinggal) yang menghalangi dalam perawatan seperti ukuran ruangan, kebersihan jalan menuju pintu, lebar jalan, fasilitas kamar mandi, tangga lantai, ketersediaan alat yang berfungsi dalam membantu tindakan perawatan.
- 4) Kolaborasi dengan dokter dan profesi lain dalam mengkaji kebutuhan terhadap pelayanan perawatan di rumah yang terlatih dengan fasilitas yang lebih baik.
- 5) Kaji persepsi pasien dan *caregiver* terhadap keberlanjutan perawatan kesehatan di rumah dan pernyataan yang belum dipahami, seperti kemampuan *caregiver* dan dalam memberikan perawatan kepada pasien.

- 6) Kaji persepsi pasien terhadap masalah kesehatan berhubungan dengan pembatasan diri.
- 7) Konsultasi dengan tim medis lain (ahli gizi, perawat spesialis, perawat *home care*) tentang kebutuhan setelah pemulangan.

b. Masalah keperawatan

Dalam proses discharge planning, masalah keperawatan yang sering muncul diantaranya adalah:

- 1) Kecemasan
- 2) Kurang pengetahuan terhadap pembatasan perawatan di rumah.
Pasien mengalami defisit perawatan diri (makan, *toileting*, berpakaian, mandi atau kebersihan).
- 3) Stres sindrom akibat perpindahan

Selain masalah keperawatan diatas, tidak menutup kemungkinan terdapat masalah keperawatan yang lain yang dapat muncul pada saat pengkajian pada pasien dan *caregiver*.

c. Perencanaan

Tujuan yang ingin dicapai dalam penentuan perencanaan *discharge planning* adalah:

- 1) Pasien atau *caregiver* mampu menjelaskan perawatan di rumah, penataksanaan atau pengobatan yang dibutuhkan, dan kapan mencari pengobatan akibat masalah yang timbul.

- 2) Pasien dan *caregiver* mampu mendemonstrasikan aktivitas perawatan diri
 - 3) Kondisi yang membahayakan dan hambatan dalam pergerakan pasien dan ambulasi telah dimodifikasi pada setting rumah.
- d. Penatalaksanaan

Beberapa hal yang perlu dilakukan dalam pelaksanaan *discharge planning* baik sebelum hari pemulangan pasien maupun pada hari pemulangan pasien diantaranya:

- 1) Sebelum hari pemulangan pasien
 - a) Mengajukan cara memodifikasi keadaan rumah dalam pemenuhan kebutuhan pasien
 - b) Mempersiapkan pasien dan *caregiver* mengenai informasi tentang sumber pelayanan kesehatan.
 - c) Menentukan hambatan dan kemauan untuk belajar, mengadakan sesi pengajaran dengan pasien dan keluarga secepat mungkin selama dirawat di rumah sakit (tanda dan gejala terjadinya komplikasi, kepatuhan terhadap pengobatan, kegunaan alat-alat medis, perawatan lanjutan, diet, latihan, pembatasan yang disebabkan oleh penyakit atau pembedahan) melalui *pamflet*, buku, atau rekaman video kepada pasien.

d) Komunikasikan respon pasien dan caregiver terhadap penyuluhan *discharge planning* pada anggota tim kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan pasien.

2) Pada hari pemulangan

a) memberikan kesempatan pasien dan *caregiver* untuk bertanya dan lakukan diskusi mengenai isu yang berhubungan dengan perawatan di rumah serta mendokumentasikan kemampuan perawatan.

b) Memeriksa instruksi *discharge planning* dari dokter, tindakan terapi, dan kebutuhan peralatan medis yang khusus.

c) Mempersiapkan kebutuhan yang diperlukan sebelum pasien sampai di rumah (tempat tidur rumah sakit, oksigen, *feeding pump*).

d) Memastikan pasien dan *caregiver* telah dipersiapkan transportasi menuju ke rumah.

e) Membantu pasien dan *caregiver* dalam membereskan barang bawaan.

f) Memeriksa seluruh ruangan dan laci untuk memastikan barang milik pasien. Cek daftar titipan barang berharga yang telah ditandatangani oleh pasien, dan instruksikan

administrator untuk menyampaikan titipan barang berharga milik pasien.

- g) Mempersiapkan resep obat sesuai dengan intruksi dokter.
- h) Memberikan informasi untuk jadwal *follow up* kontrol
- i) Menghubungi pihak administrasi dalam penyelesaian pembayaran.
- j) Mempersiapkan *trolley* untuk memindahkan barang milik pasien. Kursi roda untuk pasien yang tidak mampu ke mobil ambulans.
- k) Membantu pasien menuju kursi roda dan gunakan teknik pemindahan dengan baik sampai berada pada transportasi yang digunakan.
- l) Melengkapi laporan serta memberitahu bagian kebersihan untuk membersihkan ruangan pasien.

e. Evaluasi

Tahap akhir dari proses discharge planning adalah tahap evaluasi dengan tujuan untuk memastikan bahwa pasien sudah benar-benar memahami apa yang telah disampaikan dan siap untuk pulang.

- 1) Pasien dan *caregiver* dapat menjelaskan penyakit yang diderita, pengobatan yang dibutuhkan, tanda-tanda fisik atau gejala yang harus dilaporkan kepada tim medis.
- 2) Pasien atau *caregiver* dapat mendemonstrasikan penatalaksanaan pengobatan lanjutan di rumah.
- 3) Perawat memperhatikan keadaan rumah, mengidentifikasi hambatan yang membahayakan bagi pasien dan menganjurkan perbaikan.

3. Model Konservasi *Discharge Planning*

Teori konservasi merupakan salah satu grand theory keperawatan yang dikembangkan oleh Myra Estrina Levine yang diselesaikan pada tahun 1973 dan dikenal sebagai *Levine's Conservation Model*. Konservasi berasal dari bahasa latin *conservatio* yang berarti “*to keep together*” atau menjaga bersama-sama. *Levine's Conservation Model* berfokus pada peningkatan adaptasi dan mempertahankan integritas diri (*wholeness*) dengan menggunakan prinsip konservasi (Tomey & Aligood, 2014). Konservasi menggambarkan cara sistem yang kompleks dibutuhkan untuk melanjutkan fungsi bahkan jika terjadi hambatan yang berat sekalipun. Selama konservasi, individu dapat melawan rintangan, melakukan adaptasi yang sesuai, dan mempertahankan keunikannya.

Tujuan konservasi adalah kesehatan dan kekuatan untuk menghadapi ketidakmampuan. Fokus utama konservasi adalah menjaga bersama-sama seluruh aspek dari manusia/ individu. Meskipun intervensi keperawatan mungkin mengacu pada satu bagian prinsip konservasi, perawat juga harus mengkaji pengaruh prinsip konservasi lainnya (Levine, 1990 dalam Hartini, 2012).

Perawat mencapai tujuan asuhan keperawatan melalui 4 prinsip konservasi diantaranya: konservasi energi, konservasi integritas struktural, konservasi integritas personal dan konservasi integritas sosial (Levine, 1967 dalam Tomey & Alligood, 2014).

a. Konservasi energi

Setiap individu membutuhkan keseimbangan energi dan perubahan dari energi untuk mempertahankan aktifitasnya. Proses penyembuhan dan penuaan merupakan hambatan bagi energi tersebut. Konservasi energi telah lama dipakai dalam praktik keperawatan bahkan pada prosedur yang paling dasar. Konservasi energi bertujuan untuk menjaga keseimbangan pada input dan output energi untuk menghindari kelelahan yang berlebihan.

b. Konservasi integritas struktur

Penyembuhan merupakan proses memulihkan integritas struktural dan fungsi integritas melalui konservasi dalam

mempertahankan *wholeness* (Levine, 1991). Ketidakmampuan akan menunjukkan adaptasi baru (Levine, 1996). Perawat dapat membatasi jumlah jaringan yang terlibat dalam penyakit dengan deteksi dini terhadap perubahan fungsi dan dengan intervensi keperawatan. Konservasi integritas struktur bertujuan untuk mempertahankan atau memulihkan struktur tubuh untuk mencegah terjadinya kerusakan fisik dan mempercepat proses penyembuhan. Sebagai Contoh: Membantu pasien dalam latihan ROM, Pemeliharaan kebersihan diri pasien.

c. Konservasi integritas personal

Harga diri dan kepekaan identitas sangat penting. merupakan hal yang paling mudah terserang. Hal ini diawali dengan berkurangnya privasi dan adanya kecemasan. Perawat dapat menunjukkan kepeduliannya dengan memanggil mereka dengan nama, peduli terhadap kebutuhan mereka, dan mengajar mereka. Tujuan perawat adalah memberikan pengetahuan dan kekuatan sehingga individu dapat mempraktikkan dalam kehidupan pribadinya, tidak lama dirawat, tidak lama mengalami ketergantungan (Levine, 1990). Konservasi integritas personal mencakup pengenalan terhadap kesucian setiap manusia (Levine, 1996). Konservasi integritas personal bertujuan untuk

mendapatkan pengakuan, rasa hormat, kesadaran diri, dan dapat menentukan nasibnya sendiri. Contoh: Mengakui dan melindungi kebutuhan ruang pasien.

d. Konservasi integritas sosial

Makna hidup diperoleh dari komunitas sosial, dan kesehatan dipertahankan secara sosial. Seorang individu diakui sebagai anggota keluarga, anggota komunitas atau masyarakat, kelompok keagamaan, kelompok etnis, dan system politik suatu bangsa. Perawat memenuhi perannya sebagai peran professional, ada untuk anggota keluarga, membantu dalam kebutuhan religius, dan menggunakan hubungan interpersonal untuk mempertahankan integritas sosial. Contoh: memperbaiki posisi pasien di tempat tidur agar dapat berinteraksi sosial dengan pasien lain, memberi petunjuk kepada pasien jika ingin menggunakan surat kabar, majalah, radio, dan TV, memberikan dukungan dan bantuan untuk keluarga.

Dalam perkembangannya teori konservasi telah banyak dikembangkan ke dalam teori yang bersifat *practice* seperti halnya model konservasi *discharge planning* terstruktur yang telah dilakukan perbaikan melalui *action research* oleh Rias pada tahun 2015 yang meliputi:

- a. *Knowledge analyse* yaitu bagaimana seorang perawat mampu untuk mengetahui dan mampu menganalisis pengetahuan partisipan tentang *DFU* seperti konservasi integritas energi (diet, aktivitas terkontrol, obat dan efek samping), konservasi integritas struktur (ROM, perawatan luka, personal hygiene, manajemen nyeri), konservasi integritas personal (*goal congruence, expectancy, self efficacy, self regularion* dan menjaga privasi partisipan), konservasi integritas sosial (*sosial influence, social support, negotiated collaboration, rekreatif*).
- b. *Discusion of needs* yaitu melakukan diskusi antara perawat dengan partisipan *DFU* mengenai kebutuhan perawatan kaki 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.
- c. *Role play* dilakukan dengan melakukan demonstrasi dan skill pada partisipan 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, sterilisasi 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, dapat melakukan kerjasama antara perawat, keluarga dan partisipan).
- d. *Integrated evaluation* merupakan tahap akhir 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 dilaksanakan selama perawatan serta skrining faktor resiko pasien pulang.

4. Kualitas Hidup

World Health Organization (WHO) menerangkan kualitas hidup adalah suatu persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya serta sistem nilai yang berlaku dimana mereka hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan individu, harapan, standar dan perhatian (Murpy, 2000). Kualitas hidup adalah kondisi dimana meskipun pasien menderita penyakit, pasien tetap dapat merasa nyaman secara fisik, psikologis, sosial maupun spiritual serta memanfaatkan hidupnya secara optimal untuk kebahagiaan dirinya maupun orang lain. Kualitas hidup adalah suatu

yang menggambarkan untuk mengukur emosional, sosial, dan kondisi fisik seseorang serta kemampuan mereka untuk melakukan tugas dan fungsinya dalam kehidupan sehari-hari (Suhud, 2009, Dorland, 2003 dalam Witriyani, 2015).

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) group menyebutkan kualitas hidup terdiri dari 4 dimensi (Polonsky, 2000 dalam Karmila, 2013). Keempat dimensi tersebut adalah:

a. Dimensi Fisik

Kesehatan fisik berkaitan dengan kelemahan dan kegelisahan, ketergantungan pada perawatan medis, energi dan kelelahan, pergerakan, istirahat dan tidur, aktivitas sehari-hari dan kemampuan dalam bekerja. Diabetes mellitus dapat mempengaruhi kesejahteraan fisik yang berupa komplikasi jangka panjang (kerusakan ginjal, penyakit jantung, penyakit saraf kronis) yang kemungkinan berpengaruh terhadap penurunan kualitas hidup pasien, komplikasi jangka pendek (hiperglikemi yang dapat mengakibatkan kelelahan, masalah tidur dan rawan terinfeksi) dan perubahan gaya hidup.

b. Dimensi Psikologis

Kesehatan psikologis berhubungan dengan perubahan spiritual, daya ingat dan konsentrasi, body image, serta harga diri.

c. Dimensi Sosial

Hubungan sosial berhubungan dengan hubungan personal, aktivitas sosial, dan hubungan sosial.

d. Dimensi Lingkungan

Dimensi lingkungan berhubungan dengan keamanan dan kenyamanan fisik, lingkungan fisik, sumber penghasilan, kesempatan informasi dan keterampilan baru, partisipasi dan kesempatan rekreasi atau aktivitas waktu luang.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ovayolu, Ovayolu, Igde, dan Kilic (2014) menyatakan bahwa pada pasien diabetes mellitus dan DFU memiliki kualitas hidup yang rendah. Oleh karena itu harus dilakukan evaluasi terus menerus. Utami, Karim dan Agrina (2014); Iyarakos, et al (2013); dan Rantung (2013) dalam Witriyani (2015) menyebutkan ada beberapa hal yang mempengaruhi kualitas hidup pasien DM dengan *diabetic foot ulcer* diantaranya:

a. Usia

Usia dapat pasien dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien DM dengan DFU. Pada pasien DM dengan DFU usia antara 55-60 tahun 76,5% kualitas hidup lebih rendah karena pada usia ini fungsi tubuh secara fisiologis menurun. Hasil tersebut

mendukung penelitian yang dilakukan oleh Yaghoubi dkk (2012) dalam Suryani (2015) yang menyatakan bahwa usia akan mempengaruhi kualitas hidup, semakin bertambahnya usia akan mempengaruhi kualitas hidup orang tersebut.

b. Komplikasi yang dialami

Komplikasi yang dialami yang dialami pada pasien DFU dapat meningkatkan keparahan dan menyebabkan semakin lama waktu yang diperlukan untuk sembuh. Penyakit lain yang dialami antara lain: hipertensi, katarak, jantung, CKD, gastritis dan stroke yang diurutkan berdasarkan frekuensi tertinggi. Menurut Wang & Yeh (2011) Komplikasi yang dialami pasien berpengaruh terhadap kualitas hidup terutama pada komplikasi pada fisik dan kehidupan seks. Komplikasi yang dialami pasien menimbulkan dampak negatif terhadap kualitas hidup pasien dan kualitas hidup yang rendah dapat memperburuk gangguan metabolik, baik secara langsung melalui stress hormonal ataupun secara tidak langsung melalui komplikasi (Mandagi, 2010).

c. Kecemasan

Individu yang menderita penyakit DM dengan DFU dapat mengakibatkan munculnya komplikasi lain selain komplikasi fisik yaitu komplikasi psikologis yang berupa kecemasan.

Kecemasan yang terjadi disebabkan karena penyakitnya yang bersifat *long life diseases* ataupun disebabkan oleh komplikasi lain. Selain fisik yang terganggu, perasaan cemas dan mudah tersinggung juga menimbulkan keterbatasan sehingga individu kurang sejahtera dan berdampak buruk terhadap kualitas hidupnya. Hasil ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Kusumadewi (2011) yang menemukan adanya hubungan antara stresor harian dengan kualitas hidup. Menurut Rahmat (2010) dengan melakukan konseling dapat menurunkan kecemasan dan meningkatkan kualitas hidup pasien DM.

d. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang secara signifikan mempengaruhi kualitas hidup secara langsung, tingkat pendidikan yang tinggi menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik. Tingkat pendidikan merupakan faktor penting dalam pemahaman terhadap penatalaksanaan, kontrol glikemik, dan persepsi harga diri. Tingkat pendidikan umumnya berpengaruh terhadap kemampuan mengolah informasi. Seorang dengan pendidikan yang baik lebih matang terhadap proses perubahan terhadap dirinya, sehingga lebih mudah menerima pengaruh luar yang positif, obyektif, dan terbuka terhadap berbagai informasi

kesehatan. Perubahan tersebut akan memperbaiki kualitas hidup penderita (Yusra, 2012 dalam Susanti, 2015)

e. Sosial ekonomi

Pasien dengan status ekonomi yang rendah memiliki kualitas hidup yang rendah. Dukungan sosial dari keluarga, lingkungan atau penyedia layanan dapat memotivasi pasien dalam menjalankan aktivitas. Pasien yang tidak mendapatkan dukungan sosial akan merasa kesepian dan memiliki kecenderungan menutup diri.

f. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga dapat membantu pasien untuk meningkatkan kepercayaan dirinya dalam melakukan *self care*. Pasien yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik akan mempunyai perasaan yang nyaman yang dapat meningkatkan motivasi mereka untuk patuh terhadap manajemen penatalaksanaan dan pada akhirnya kualitas hidup mereka meningkat. Hasil ini memberikan informasi kepada perawat untuk meningkatkan dukungan keluarga pasien dengan pendidikan kesehatan pada keluarga (Rahmawati, 2014).

5. **Kualitas Hidup Pasien *Diabetic Foot Ulcer***

DM dengan ulkus diabetikum merupakan penyakit kronik sehingga diperlukan pengelolaan yang terus menerus agar tidak terjadi komplikasi yang dapat berakibat pada penurunan kualitas hidup pasien (Hasanat & Ningrum, 2010 dalam Utami, Karim, Agrina, 2014). Goodridge (2006) dalam Syarli (2012) menyatakan pengaruh DFU terhadap kualitas hidup bisa sangat menyakitkan, membatasi aktivitas sehari-hari, dan kegiatan sosial.

Johnson (1998) dalam Syarli (2012) mengatakan bahwa komplikasi yang memaksa dilakukannya amputasi pada DFU menyebabkan rasa kehilangan bagi pasien tersebut. Tidak hanya kehilangan kaki, tapi juga kehilangan pekerjaan dan penghasilan, kehilangan kebebasan dalam bergerak dan berkfitas, kehilangan kesenangan hidup dan kualitas hidup. Selain itu, pasien DFU juga merasakan dampak psikologis seperti kehilangan estetika pada tubuhnya, kehilangan percaya diri, perubahan citra diri sebagai orang cacat atau ganggana fungsional, perubahan citra tubuh, gangguan dalam hubungan keluarga, ketergantungan, perubahan hubungan sosial, isolasi sosial, gangguan tidur, gangguan seksual atau fungsi seksual.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Syarli, (2012), dari hasil analisis didapatkan 25 responden (75,8%) dari 33 responden pasien dengan ulkus diabetik di Poliklinik Endokrin RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh memiliki kesehatan fisik yang kurang, 17 responden (51,5%) memiliki kesehatan psikologis yang baik, 30 responden (90,9%) memiliki hubungan sosial yang baik, 19 responden (57,6%) memiliki lingkungan yang kurang baik, dan 19 responden (57,6%) memiliki kualitas hidup yang kurang. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Utami, Karim, Agrina (2014) Berdasarkan hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa adanya hubungan yang bermakna faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien diabetes mellitus dengan ulkus diabetikum antar lain umur, komplikasi yang dialami dan kecemasan, sedangkan yang tidak ada hubungan yaitu status pernikahan dan lama menderita. Berdasarkan hasil penelitian Ibrahim (2013), Pada analisis regresi linier ganda didapat 3 variabel yang berpengaruh terhadap kualitas hidup yaitu penghasilan, depresi dan nyeri. Hasil penelitian lebih lanjut didapatkan depresi sebagai faktor yang paling berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien dengan ulkus diabetik ($p=0.000$). Berdasarkan hal tersebut perawat perlu

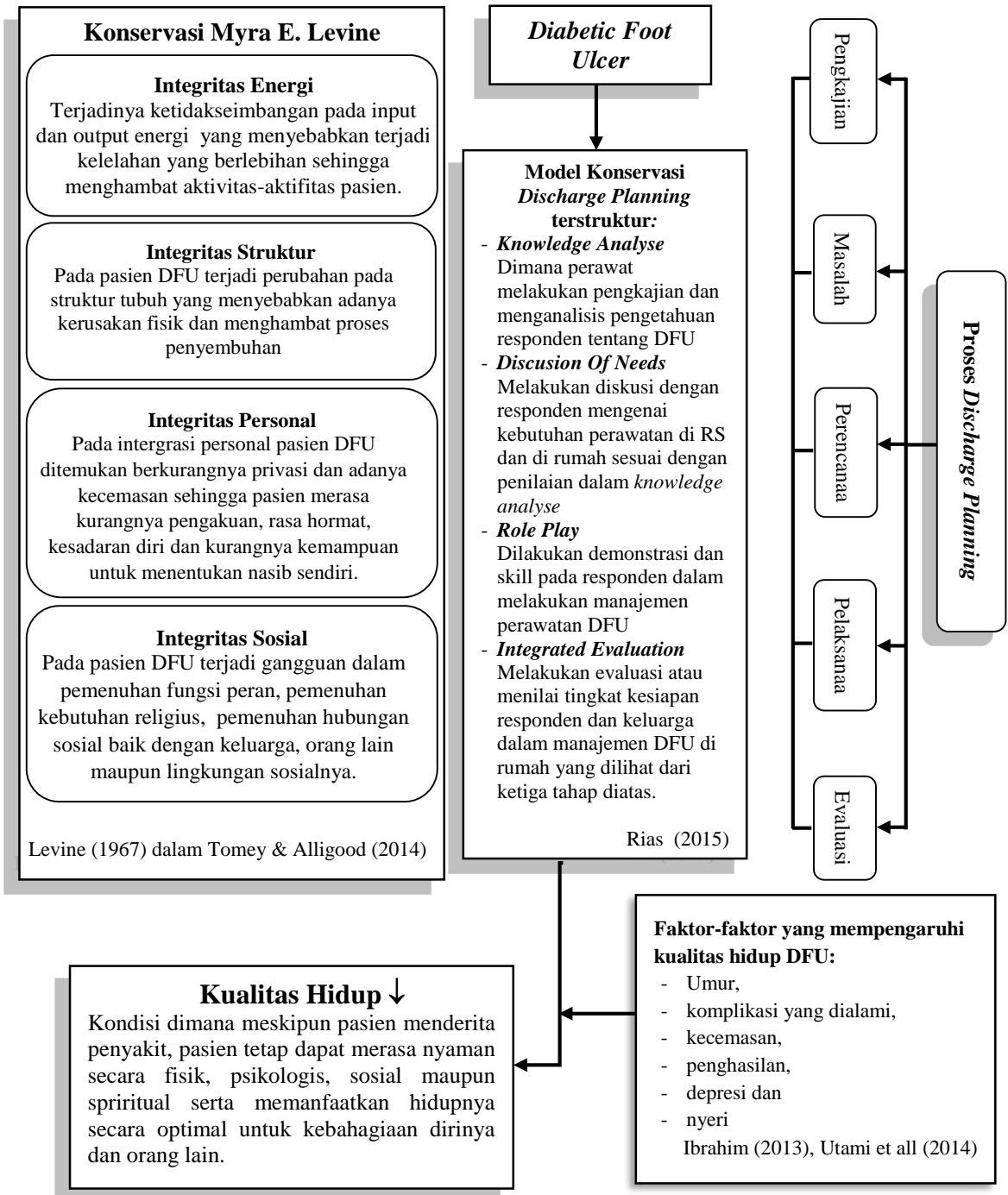
mendeteksi secara dini depresi yang dialami oleh pasien dan memberikan pendidikan kesehatan.

Kualitas hidup merupakan konsep yang luas yang mempengaruhi kesehatan fisik seseorang, hubungan sosial, tingkat ketergantungan, keadaan psikologis, tingkat ketergantungan, keyakinan personal, dan keinginan di masa yang akan datang pada lingkungan mereka. Pengukuran kualitas hidup diakui sebagai kriteria paling penting sebagai hasil dari pengobatan penyakit kronis seperti diabetes mellitus tipe 2. Kepuasan seseorang terhadap kondisi yang dialami dan dampak perilaku dari proses penyakit serta keterbatasannya menjadi hal penting untuk dievaluasi diakhir pengobatan (WHO, 2006). Pengukuran kualitas hidup penderita diabetes mellitus tipe 2 dalam penelitian kesehatan dihubungkan dengan aspek kehatan yang disebut *health related quality of life* (HRQoL). Instrumen HRQoL merupakan komponen dari WHOQoL yang digunakan dalam praktik medis, untuk menilai hubungan tenaga kesehatan dengan pasien, mengukur keefektifan pengobatan, mengevaluasi pelayanan kesehatan, menilai dan membuat kebijakan (WHO, 2006; Donald et al, 2013).

Pengukuran *health related quality of life* mempunyai beberapa macam instrumen penilaian kualitas hidup tergantung dari penyakit

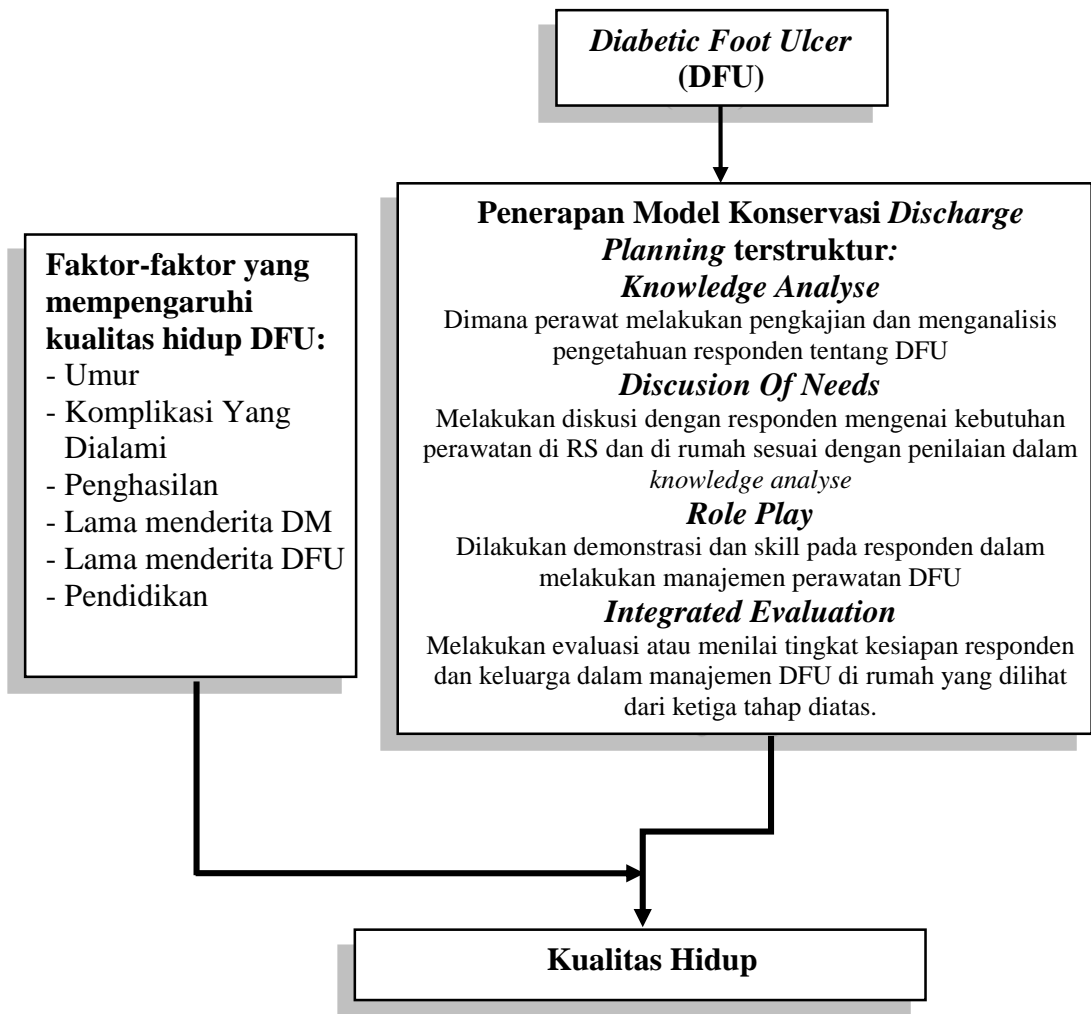
yang akan diukur. Instrumen kualitas hidup mengenai HRQOL diantaranya GERD-HRQoL (*Gastroesophageal Reflux Disease-Health Related Quality of Life*), AQOL (*Asthma Quality of Life*), dan DQoL (*Diabetes Quality of Life*) (Tyas, 2008 dalam Susanti, 2015). Kualitas hidup pada pasien diabetes mellitus diukur dengan menggunakan *Diabetes Quality of Life* (DQoL) yang pertama kali dikembangkan oleh Munoz dan Thiagarajan (1998). DQoL merupakan instrumen yang mengukur dua aspek yaitu aspek kepuasan dan aspek dampak yang dirasakan oleh pasien mengenai kondisi dan pengalamannya akibat penyakit diabetes mellitus (Donald et al, 2013). Instrumen DQoL sudah pernah digunakan di Indonesia oleh peneliti Tyas (2008) dengan memodifikasi DQoL Munoz dan Thiagarajan (1998) yang meneliti 95 responden DM tipe 2 untuk melihat hubungan antara perawatan diri dan persepsi sakit dengan kualitas hidup.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka teori penelitian

C. Kerangka Konsep



Keterangan:

: Diteliti

Gambar 2.2 Kerangka konsep penelitian

D. Hipotesis

Hipotesis yang digunakan dalam penelitian ini adalah H_a , yaitu ada pengaruh penerapan model konservasi *discharge planning* terstruktur terhadap peningkatan kualitas hidup pasien dengan *diabetic foot ulcer*.