

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *quasy eksperimental* yang bertujuan untuk menganalisis pengaruh penerapan model konservasi *discharge planning* terstruktur terhadap peningkatan kualitas hidup pasien dengan *diabetic foot ulcer* (DFU). Penelitian ini dilakukan di Klinik Kitamura Pontianak yang merupakan klinik perawatan spesialis luka, stoma, dan inkontinensia serta juga menerima pengobatan umum. Jenis pelayanan yang diberikan Klinik Kitamura Pontianak berupa rawat jalan, rawat inap dan juga *homecare* atau kunjungan ke rumah pasien. Khusus untuk pasien DFU, rata-rata perbulan yang menjalani rawat jalan sekitar 90 orang dan setiap pasien diberikan *discharge planning* berupa penjelasan tentang diit diabetes, penggunaan obat-obatan (jika dibutuhkan), jadwal perawatan, dan lain-lain yang dianggap perlu.

a. Karakteristik responden

Penelitian ini dilakukan pada pasien dengan DFU dengan jumlah responden 36 orang yang terbagi kedalam dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol masing-masing 18 responden. Kelompok intervensi adalah kelompok yang yang

diberikan penerapan model konservasi *discharge planning* terstruktur sedangkan kelompok kontrol adalah kelompok yang diberikan penerapan *discharge planning* konvensional yaitu *discharge planning* yang biasa digunakan di Klinik Kitamura Pontianak. Analisis karakteristik responden pada penelitian ini menggunakan analisis distribusi frekuensi berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Lama menderita DM, Lamanya mengalami DFU, Komplikasi, dan berdasarkan penghasilan responden. Analisis distribusi frekuensi karakteristik responden tersebut akan dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1
Karakteristik Responden berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Lama menderita DM dan DFU, Penghasilan

Variabel	Kel. Intervensi (n=18)	Kel. Kontrol (n=18)	<i>p value</i>
Jenis Kelamin (n, %)			
Laki-laki	8 (44.4%)	10 (55.6%)	0.878
Perempuan	10 (55.6%)	8 (44.4%)	
Pendidikan (n, %)			
Tidak Sekolah	1 (5.6%)	4 (22.2%)	0.377
SD/ Sederajat	4 (22.2%)	3 (16.7%)	
SLTP/ Sederajat	3 (16.7%)	3 (16.7%)	
SLTA/ Sederajat	6 (33.3%)	5 (27.8%)	
Perguruan Tinggi	4 (22.2%)	3 (16.7%)	
Lama DM (n, %)			
< 10 thn	11 (61.1%)	15 (83.3%)	0.465
≥ 10 thn	7 (38.9%)	3 (16.7%)	
Lama DFU (n, %)			
< 6 bln	13 (72.2%)	12 (66.7%)	0.288
≥ 6 bln	5 (27.8%)	6 (33.3%)	
Komplikasi (n, %)			
Ada	0 (0%)	1 (5.6%)	0.291

Variabel	Kel. Intervensi (n=18)	Kel. Kontrol (n=18)	<i>p value</i>
Tidak Ada	18 (100%)	17 (94.4%)	
Penghasilan (n, %)			
< UMR	10 (55.6%)	11 (61.1%)	0.778
≥ UMR	8 (44.4%)	7 (38.9%)	
Usia			
Mean±SD	50.50±8.95	56.89±9.42	0.736
Min-Max	32-65	42-70	

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan tabel 4.1 di atas didapatkan data bahwa dari 36 responden, semua responden berusia diatas 30 thn (100%) dan rata-rata usia diatas 50 thn, untuk jenis kelamin responden kelompok intervensi perempuan yaitu 10 responden (55.6%) sedangkan kelompok kontrol 8 responden(44.4%). Pendidikan responden baik kelompok intervensi maupun kontrol cukup beragam. Sebagian besar responden mengalami DM < 10 tahun dimana kelompok intervensi 11 responden (61.1%) dan kelompok kontrol 15 responden (83.3%). Selain itu sebagian besar juga responden mengalami DFU < 6 bulan yaitu 13 responden (72.2%) pada kelompok intervensi sedangkan kelompok kontrol 12 responden (66.7%).

Untuk komplikasi/ penyakit lain yang diderita selain DM hanya ada 1 responden (5.6%) pada kelompok kontrol yang memiliki penyakit komplikasi yaitu penyakit jantung dan ginjal, sedangkan responden yang lain baik kelompok kontrol dan kelompok intervensi tidak mengalami komplikasi. Penghasilan responden saat ini sebagian

besar berada dibawah UMR (Rp. 1.920.000,-), pada kelompok intervensi sebanyak 10 responden (55.6%) sedangkan pada kelompok kontrol sebanyak 11 responden (61.1%). Berdasarkan nilai p-value dengan nilai > 0.05 maka dapat disimpulkan bahwa kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak ada perbedaan (homogen).

b. Perbedaan kualitas hidup pasien dengan *diabetic foot ulcer*

Setelah dilakukan uji normalitas data dan diperoleh hasil data dependen berdistribusi normal maka uji statistik yang digunakan untuk menganalisis penerapan model konservasi *discharge planning* terstruktur terhadap peningkatan kualitas hidup pasien dengan *diabetic foot ulcer* menggunakan uji *T-Test*.

1. Perbedaan kualitas hidup sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Untuk menganalisis perbedaan kualitas hidup pasien *diabetic foot ulcer* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi *discharge planning* digunakan *paired T-test*. Perbedaan kualitas hidup pasien DFU pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi di Klinik Kitamura Pontianak dapat dilihat pada tabel 4.2

Tabel 4.2
Perbedaan kualitas hidup pasien DFU pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi

Kualitas Hidup Pasien	N	Mean±SD	Min-Maks	P Value
Kel. Intervensi				
Kualitas Hidup Pre-test	18	48.11±5.08	41-58	0.001
Kualitas Hidup Post-test		59.33±2.83	56-65	
Kel. Kontrol				
Kualitas Hidup Pre-test	18	50.33±5.98	40-59	0.001
Kualitas Hidup Post-test		55.78±4.61	49-64	

* *P Value < 0.05 based on paired t-test*

Berdasarkan tabel 4.2 tentang perbedaan kualitas hidup pasien DFU pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi *discharge planning* konvensional didapatkan hasil kualitas hidup pasien mempunyai nilai *p value* <0,05 yang bermakna bahwa terdapat perbedaan yang signifikan kualitas hidup pasien DFU pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi *discharge planning* konvensional pada pasien DFU di Klinik Kitamura Pontianak. Dan juga perbedaan kualitas hidup pasien DFU pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi *discharge planning* didapatkan hasil kualitas hidup pasien mempunyai nilai *p value* <0,05 yang juga bermakna bahwa terdapat perbedaan yang signifikan kualitas hidup pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi model konservasi

discharge planning terstruktur pada pasien DFU di Klinik Kitamura Pontianak.

2. Perbedaan peningkatan kualitas hidup antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Untuk menganalisis perbedaan peningkatan kualitas hidup pasien *diabetic foot ulcer* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah intervensi *discharge planning* digunakan *Independent T-test*. Perbedaan peningkatan kualitas hidup pasien *diabetic foot ulcer* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah intervensi di Klinik Kitamura Pontianak dapat dilihat pada tabel 4.3 dan tabel 4.4

Tabel 4.3
Perbedaan peningkatan kualitas hidup pasien *diabetic foot ulcer* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah intervensi

Kualitas Hidup Pasien	n	MeanDelta±SD	Min-Maks	P Value
Kualitas hidup				
Kel. Intervensi	18	11.22±4.32	4-17	0.001
Kel. Kontrol	18	5.44±4.17	1-16	
Kualitas hidup perdomain				
Domain Dampak				
Kel. Intervensi	18	3.83±1.92	0-6	0.029
Kel. Kontrol	18	2.33±2.03	0-7	
Domain Kepuasan				
Kel. Intervensi	18	7.39±3.52	2-12	0.001
Kel. Kontrol	18	3.11±3.03	1-10	

* *P value* < 0,05 based on independent t-test

Berdasarkan tabel 4.3 tentang perbedaan peningkatan kualitas hidup pada pasien *diabetic foot ulcer* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah intervensi di Klinik Kitamura Pontianak didapatkan hasil kualitas hidup secara umum pada pasien mempunyai nilai *p value* <0,05 yang bermakna bahwa terdapat perbedaan peningkatan yang signifikan kualitas hidup secara umum pasien *diabetic foot ulcer* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah intervensi di Klinik Kitamura Pontianak.

Sedangkan untuk perbedaan peningkatan kualitas hidup pasien *diabetic foot ulcer* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah intervensi pada masing-masing domain di Klinik Kitamura Pontianak didapatkan hasil kualitas hidup di masing-masing domain pada pasien mempunyai nilai *p value* <0,05 yang bermakna bahwa terdapat perbedaan peningkatan yang signifikan kualitas hidup pasien *diabetic foot ulcer* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah intervensi pada domain dampak maupun pada domain kepuasan di Klinik Kitamura Pontianak.

B. Pembahasan

1. Karakteristik responden

Berdasarkan hasil analisis distribusi frekuensi dapat dilihat bahwa bahwa semua responden berusia lebih dari 30 tahun. Hal ini terjadi karena pada usia 30 tahun akan terjadi penurunan fungsi tubuh dan gangguan toleransi glukosa semakin tinggi sehingga glukosa darah semakin meningkat. WHO yang mengungkapkan bahwa setiap individu yang berusia lebih dari 30 tahun akan mengalami kenaikan kadar glukosa darah 5,6-13 mg/dl pada saat 2 jam setelah makan dan akan naik 1-2 mg/dl/tahun pada saat puasa (Sudoyo, et al, 2009). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Desalu et al (2011) yang mengungkapkan bahwa diabetes melitus tipe 2 sering terjadi pada usia pasien diatas 30 tahun dan akan semakin akan semakin meningkat pada usia diatas 40 tahun. Dan dilaporkan bahwa 15-25% pasien dengan diabetes pada akhirnya akan menderita ulcerasi kaki selama masa hidup mereka (Kaur, 2014).

Pada penelitian ini, pada kelompok intervensi perempuan lebih banyak yang mengalami *diabetic foot ulcer* daripada laki-laki. Hal ini dikarenakan pada perempuan lebih sering terjadi ketidak seimbangan hormon dan berat badan yang tidak ideal sehingga memicu ketidakstabilan kadar glukosa darah. Rochmah (2006)

mengungkapkan bahwa perempuan cenderung lebih beresiko mengalami diabetes mellitus karena body massa index yang kebanyakan tidak ideal sehingga dapat menurunkan sensitifitas terhadap kerja insulin. Penelitian ini di dukung oleh Roza, Afriant & Zulkarnain (2015) bahwa pada perempuan dengan usia lanjut akan mengalami terjadinya penurunan hormon estrogen karena mulai memasuki masa menopause. Hormon tersebut merupakan salah satu faktor protektif terhadap penyakit athresklerosis sehingga perempuan lebih rentan terkena ulkus diabetikum.

Pendidikan responden pada penelitian ini sangat beragam dan cukup merata jumlahnya. Menurut peneliti pendidikan sangat berpengaruh terhadap kejadian suatu penyakit karena orang yang berpendidikan lebih mudah memperoleh informasi sehingga pengetahuan tentang penyakit yang dideritanya lebih memadai. Notoatmodjo (2012) mengungkapkan bahwa perilaku akan lebih baik jika didasari dengan pengetahuan dibandingkan dengan perilaku yang tidak didasari dengan pengetahuan.

Hal diatas sejalan dengan penelitian Yusra (2011) yang mengungkapkan bahwa tingkat pendidikan berpengaruh terhadap perilaku seseorang dalam mencari perawatan atau pengobatan penyakitnya, memilih dan mengambil keputusan tindakan atau terapi

terbaik yang akan dijalani untuk mengatasi penyakit yang dideritanya. Kemudian didukung oleh Noordiani, Waluyo & Sukmarini (2013) yang menyatakan bahwa pendidikan pasien mempengaruhi pengetahuan tentang perawatan kaki yang tepat pada pasien diabetes mellitus sehingga dapat mengurangi resiko terjadinya komplikasi pada kaki.

Dari hasil penelitian juga dapat diungkapkan bahwa mayoritas responden mengalami penyakit diabetes mellitus < 10 tahun. Hal ini dapat terjadi karena dengan peningkatan kadar glukosa beberapa tahun secara terus menerus maka akan menyebabkan kematian sel yang lebih cepat. Menurut Frykberg (2006) dalam Rizky, Rudy, Zulkarnain (2015) lama menderita diabetes ≥ 5 tahun merupakan faktor risiko terjadinya *diabetik foot ulcer* karena neuropati lebih sering terjadi terjadi sekitar 5 tahun lebih setelah menderita diabetes mellitus. Hal tersebut dikarenakan kejadian hiperglikemia kronik kemungkinan semakin besar jika semakin lama menderita diabetes mellitus sehingga dapat menyebabkan retinopati, nefropati, PJK, dan diabetik foot ulcer. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian yang mengungkapkan komplikasi yang dialami oleh salah satu responden yaitu penyakit jantung dan ginjal.

Sebagian besar responden memiliki penghasilan dibawah UMR kota Pontianak (Rp. 1.920.000,-) baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok intervensi. Hal ini terjadi karena sebagian besar responden tidak dapat bekerja berat lagi akibat dari diabetik foot ulcer yang dialami pasien sehingga secara otomatis penghasilannya pun menurun. Johnson (1998) dalam Syarli (2012) menyatakan bahwa pasien DFU tidak hanya beresiko kehilangan kaki tetapi juga akan beresiko kehilangan kebebasan dalam bergerak dan beraktifitas, kehilangan pekerjaan dan pendapatan bahkan kehilangan banyak kualitas hidupnya. Hal ini sejalan dengan penelitian Syarli (2012) yang mengungkapkan bahwa secara umum 57.6% pasien DFU memiliki kualitas hidup yang kurang dan 75.8% diantaranya memiliki kesehatan fisik yang kurang baik.

2. Perbedaan kualitas hidup

Kualitas hidup merupakan keadaan dimana walaupun pasien sedang menderita penyakit tertentu, pasien tersebut tetap merasa kondisinya baik secara fisik, sosial, psikiatri maupun spiritualnya serta masih dapat memanfaatkan kondisinya untuk kebahagiaan dirinya maupun terhadap orang lain secara optimal. Kualitas hidup dapat diartikan sebagai suatu yang menggambarkan untuk mengukur kondisi emosional, sosial dan fisik individu serta kemampuan seseorang untuk

melaksanakan tugas dan fungsinya di kehidupan sehari-harinya (Dorland, 2003 dalam Witriyani, 2015). Kualitas hidup dapat pula diartikan persepsi individu tentang kondisi kesehatannya yang dapat mempengaruhi kesehatannya secara umum dalam menjalankan fungsi fisik, peran dan dapat pula berpengaruh terhadap keadaan tubuhnya (Razudatussalamah & Fitri, 2012).

Penurunan kualitas hidup bisa dikarenakan penyakit yang dialami bersifat kronis seperti yang terjadi pada pasien diabetes mellitus dengan ulkus diabetikum sehingga dapat memberikan dampak pada terapi dan pengobatan yang sedang dijalankan (Rahmat, 2010). Owayolu, et al (2014) mengungkapkan bahwa pasien diabetes mellitus dengan DFU memiliki kualitas hidup yang rendah sehingga perlu dilakukan evaluasi terus menerus. Goodridge (2006) dalam Syarli (2012) juga mengungkapkan bahwa pengaruh DFU terhadap kualitas hidup bisa sangat menyakitkan, dapat mengganggu kegiatan sosial dan aktivitas sehari-hari menjadi terbatas. Oleh karena itu perlu dilakukan *discharge planning* secara berkesinambungan baik dengan tujuan untuk membantu proses kesembuhan, memperhankan kondisi kesehatan, serta mencegah kekambuhan hingga pasien siap untuk kembali ke rumah (Kozier, 2004 dalam Nursinuh, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.2 diketahui bahwa terdapat perbedaan yang signifikan kualitas hidup pasien DFU pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi *discharge planning* konvensional pada pasien DFU di Klinik Kitamura Pontianak. Begitu pula pada kelompok intervensi juga terdapat perbedaan yang signifikan kualitas hidup sebelum dan sesudah intervensi model konservasi *discharge planning* terstruktur pada pasien DFU di Klinik Kitamura Pontianak. Dan jika diperhatikan nilai mean sebelum dan sesudah intervensi masing-masing kelompok, dapat terlihat bahwa kualitas hidup responden semakin membaik setelah dilakukan intervensi *discharge planning*.

Perubahan kualitas hidup pasien tersebut setelah dilakukan intervensi *discharge planning* dimungkinkan dapat terjadi karena adanya peningkatan pengetahuan dan kesiapan pada pasien dan keluarga dalam menjalankan hasil *discharge planning*. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Marthalena (2009) yang mengungkapkan bahwa setelah dilakukan *discharge planning*, sebanyak 71.43% responden mengalami peningkatan kesiapan menjadi tingkat kesiapan 4 yaitu mampu dan ingin atau mampu dan yakin melakukan kegiatan yang diajarkan setelah berada di rumah. Begitu pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Azimatunnisa (2015)

yang juga mengungkapkan bahwa terdapat hubungan yang pemberian *discharge planning* dengan peningkatan kesiapan pasien dalam menghadapi proses pemulangan.

Selain itu, dalam penelitian ini saat melakukan *discharge planning* selalu melibatkan keluarga. Berdasarkan telaah literatur yang dilakukan oleh Rahmawati (2014) menyimpulkan bahwa dukungan keluarga dapat membantu pasien dengan diabetes mellitus tipe 2 dalam meningkatkan kepercayaan diri pasien dalam melakukan perawatan dirinya. Pasien yang mendapatkan dukungan yang baik dari keluarganya akan memiliki rasa nyaman dimana hal tersebut dapat meningkatkan motivasi pasien untuk patuh sehingga pada akhirnya kualitas hidup pasien dapat meningkat.

Hasil penelitian pada tabel 4.3 dan tabel 4.4 menunjukkan bahwa bahwa terdapat perbedaan yang signifikan kualitas hidup pasien DFU antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah intervensi di Klinik Kitamura Pontianak dan itu terjadi pada kedua domain kualitas hidup yaitu dampak dan kepuasan. Pada kelompok kontrol dilakukan intervensi *discharge planning* konvensional yang biasa digunakan yang dilakukan oleh pegawai di Klinik Kitamura sedangkan pada kelompok intervensi dilakukan intervensi model konservasi *discharge planning* terstruktur yang

dilakukan oleh peneliti. Dan jika diperhatikan nilai mean dari kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat disimpulkan bahwa intervensi model konservasi *discharge planning* terstruktur lebih signifikan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien diabetes mellitus dengan DFU di Klinik Kitamura.

Model konservasi *discharge planning* terstruktur dapat meningkatkan kualitas hidup lebih baik pada pasien DFU di Klinik Kitamura Pontianak karena *discharge planning* ini memang dibuat khusus untuk pasien diabetes mellitus dengan DFU yang dipadukan dengan teori konservasi Levine sehingga semakin lengkap dan terperinci sedangkan *discharge planning* konvensional yang biasa digunakan tersebut merupakan discharge planning yang bersifat umum yang bisa digunakan kepada semua pasien. Model konservasi *discharge planning* terstruktur ini dibuat sedetail mungkin hal-hal yang dibutuhkan oleh pasien diabetes mellitus dengan DFU yang terbagi ke dalam empat prinsip konservasi diantaranya konservasi energi, konservasi integritas struktur, konservasi integritas personal dan konservasi integritas sosial. Selain itu model konservasi *discharge planning* terstruktur ini juga terbagi kedalam empat tahapan diantaranya tahap *knowledge analyse*, tahap *discussion of needs*, tahap *role play* dan tahap terakhir adalah *intergrated evaluation*.

Menurut Tomey & Aligood, (2014) model konservasi *discharge planning* terstruktur ini berfokus pada peningkatan adaptasi dan mempertahankan integritas diri (*wholeness*) dengan menggunakan prinsip konservasi. Konservasi menggambarkan cara sistem yang kompleks dibutuhkan untuk melanjutkan fungsi tubuh bahkan jika terjadi hambatan yang berat sekalipun pada diri pasien. 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 individu/ manusia. Meskipun intervensi keperawatan yang dilakukan mungkin hanya mengacu pada satu bagian prinsip konservasi saja, perawat juga harus memperhatikan prinsip konservasi lainnya (Levine, 1990 dalam Hartini, 2012).

Sedangkan *discharge planning* konvensional yang biasa digunakan hingga saat ini, belum optimal dilakukan oleh perawat. Saat melakukan *discharge planning*, perawat masih hanya berfokus pada kegiatan rutinitas, yaitu hanya berupa informasi kontrol ulang (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini, kualitas hidup pasien pada kelompok kontrol yang diintervensi dengan menggunakan *discharge planning* konvensional juga mengalami peningkatan. Hal ini

dimungkinkan karena pada *discharge planning* konvensional yang dilakukan di Klinik Kitamura juga menjalankan beberapa bagian dari model konservasi *discharge planning* terstruktur. Adapun bagian yang dimaksud seperti pada tahap *knowledge analyse* juga menjelaskan pengertian penyakit yang diderita, tanda dan gejala, komplikasi, prosedur pemberian obat, program diet/ nutrisi, manajemen istirahat dan tidur, manajemen farmakologis nyeri, dan perawatan luka. Sedangkan pada tahap *role play* juga menunjukkan cara melakukan test gula darah yang juga merupakan bagian dari model konservasi *discharge planning* terstruktur.

Berbagai penelitian lain juga telah menunjukkan manfaat dari dilakukannya *discharge planning*. Penelitian yang dilakukan oleh Rahmi (2011) menyatakan bahwa *discharge planning* terstruktur berpengaruh secara bermakna terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik. Selain itu, penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa pemberian *discharge planning* terstruktur memiliki peluang 20 kali lebih besar untuk meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan tanpa dilakukan *discharge planning*. Almborg (2010) dalam Rahmi (2011) juga mengungkapkan bahwa pemberian *discharge planning* dapat meningkatkan kemajuan kesehatan pasien,

membantu pasien untuk mencapai kualitas hidup optimum sebelum dipulangkan.

Penelitian yang lain seperti penelitian yang dilakukan oleh Betty (2016) juga mengungkapkan bahwa terdapat hubungan antara discharge planning dengan kualitas hidup. Pengaruh terhadap kualitas hidup pasien tersebut tidak lain karena pemberian discharge planning terhadap pasien dapat meningkatkan berbagai hal pada pasien. Hal tersebut seperti yang diungkapkan oleh Nursinih (2012) yang menunjukkan bahwa terdapat peningkatan keterampilan terhadap responden setelah dilakukan *discharge planning*. Azimatunnisa' (2011) dan Ernita dkk (2015) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa pasien yang diberikan *discharge planning* memiliki kesiapan yang lebih baik dalam menghadapi kepulangan. Konseling yang diberikan kepada pasien mampu menurunkan kecemasan dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Rahmat PW., 2010). Pemberian *discharge planning* kepada pasien merupakan komponen yang penting yang memberikan kesempatan kepada pasien untuk berperan dalam manajemen terhadap dirinya (Azimatunnisa', 2011).

Menjalankan perannya sebagai peran educator dengan memberikan pendidikan juga menjadi bagian dalam *discharge planning*. Untuk dapat dimengerti dengan baik, dalam *discharge*

planning dibutuhkan komunikasi yang baik dan terarah sehingga dapat dimengerti oleh pasien dan dapat berguna bagi pasien di rumah. *Discharge planning* yang berhasil yaitu *discharge planning* yang terpusat, terkoordinir, dan terdiri dari beberapa disiplin ilmu yang meyakinkan kepada pasien bahwa pasien memiliki suatu rencana untuk mendapatkan perawatan yang berkelanjutan setelah meninggalkan rumah sakit (Potter & Perry, 2009).

C. Keterbatasan Penelitian dan Kekuatan

1. Keterbatasan penelitian

- a. Penelitian ini dilakukan pada pasien diabetes mellitus dengan DFU yang menjalani rawat jalan sehingga peneliti kesulitan untuk mengontrol apakah responden menjalankan sesuai dengan *discharge planning* yang disampaikan atau tidak.
- b. Peneliti tidak mengontrol faktor yang mempengaruhi pasien DFU seperti jenis DFU, pemeriksaan kultur bakteri, jenis dressing yang digunakan setiap kali kontrol, perbedaan kualifikasi perawat lukanya, pemeriksaan HbA1C dan pemeriksaan lain yang perlu dilakukan.

2. Kekuatan

Kekuatan penelitian ini adalah kedua kelompok responden sama-sama diberikan intervensi *discharge planning*, pada kelompok

kontrol diberikan intervensi discharge planning standar yang biasa digunakan sedangkan kelompok intervensi diberikan intervensi model konservasi *discharge planning* terstruktur yang telah dipadukan dengan teori keperawatan levine sehingga dapat dilihat dan dibandingkan mana yang lebih baik dalam meningkatkan kualitas hidup pasien DFU.