

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar *Discharge Planning***

##### **2.1.1 Pengertian *Discharge Planning***

*Discharge planning* merupakan suatu proses dinamis dan sistematis dari penilaian, persiapan, serta koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan sesudah pulang (Nursalam, 2014).

*Discharge planning* adalah suatu proses yang sistematis dalam pelayanan kesehatan untuk membantu pasien dan keluarga dalam menetapkan kebutuhan, mengimplementasikan serta mengkoordinasikan rencana perawatan yang akan dilakukan setelah pasien pulang dari rumah sakit sehingga dapat meningkatkan atau mempertahankan derajat kesehatannya (Zwicker & Picariello 2003 dalam Darliana 2012).

##### **2.1.2 Tujuan *Discharge Planning***

Adapun tujuan *discharge planning* menurut Spath (2003) dalam Darliana (2012) adalah sebagai berikut:

1. Mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis untuk pulang dan beradaptasi dengan perubahan lingkungan.
2. Mempersiapkan keluarga secara emosional dan psikologis terhadap perubahan kondisi pasien.
3. Memberikan informasi pada pasien dan keluarga sesuai kebutuhan mereka baik secara tertulis maupun secara verbal.

4. Memfasilitasi kelancaran perpindahan dan meyakinkan bahwa semua fasilitas kesehatan dan lingkungan pasien telah siap menerima kondisi pasien.
5. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien.
6. Memberikan kontinuitas perawatan antara rumah sakit dengan lingkungan baru pasien dengan menjalin komunikasi yang efektif.

### **2.1.3 Manfaat *Discharge Planning***

Menurut Spath (2003) dalam Nursalam & Efendi (2008), perencanaan pulang mempunyai manfaat sebagai berikut:

1. Dapat memberikan kesempatan untuk memperkuat pengajaran kepada pasien yang dimulai dari rumah sakit.
2. Dapat memberikan tindak lanjut secara sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas perawatan pasien.
3. Mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan perawatan baru.
4. Membantu kemandirian dan kesiapan pasien dalam melakukan perawatan di rumah.

### **2.1.4 Jenis-jenis *Discharge Planning***

Menurut Chesca (1982) dalam Nursalam & Efendi (2008), *discharge planning* dapat diklasifikasikan menjadi tiga jenis, yaitu:

1. Pulang sementara atau cuti (*conditioning discharge*).

Kedadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi klien baik dan tidak terdapat komplikasi. Klien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau puskesmas terdekat.

2. Pulang mutlak atau selamanya (*absolute discharge*).

Cara ini merupakan akhir dari hubungan klien dengan rumah sakit. Namun apabila klien perlu dirawat kembali, maka prosedur perawatan dapat dilakukan kembali.

3. Pulang paksa (*judicial discharge*).

Kondisi ini klien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang, tetapi klien harus dipantau dengan melakukan kerjasama dengan perawat puskesmas terdekat.

### **2.1.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Discharge Planning***

Menurut Notoadmodjo (2003) dalam Waluyo (2010), faktor yang berasal dari perawat yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan adalah sikap, emosi, pengetahuan dan pengalaman masa lalu.

1. Sikap yang baik yang dimiliki perawat akan mempengaruhi penyampaian informasi kepada pasien, sehingga informasi akan lebih jelas untuk dapat dimengerti pasien.
2. Pengendalian emosi yang dimiliki perawat merupakan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pendidikan kesehatan. Pengendalian emosi yang baik akan mengarahkan perawat untuk lebih bersikap sabar, hati-hati dan telaten. Dengan demikian informasi yang disampaikan lebih mudah diterima pasien.

3. Pengetahuan adalah kunci keberhasilan dalam pendidikan kesehatan. Perawat harus memiliki pengetahuan yang cukup untuk memberikan pendidikan kesehatan. Pengetahuan yang baik juga akan mengarahkan perawat pada kegiatan pembelajaran pasien. Pasien akan semakin banyak menerima informasi dan informasi tersebut sesuai dengan kebutuhan pasien.
4. Pengalaman masa lalu perawat berpengaruh terhadap gaya perawat dalam memberikan informasi sehingga informasi yang diberikan akan lebih terarah sesuai dengan kebutuhan pasien. Perawat juga lebih dapat membaca situasi pasien berdasarkan pengalaman yang mereka miliki.

Sedangkan faktor yang berasal dari pasien yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan, menurut Potter & Perry (1997) dalam Waluyo (2010) adalah motivasi, sikap, rasa cemas/emosi, kesehatan fisik, tahap perkembangan dan pengetahuan sebelumnya, kemampuan dalam belajar, serta tingkat pendidikan.

1. Motivasi adalah faktor batin yang menimbulkan, mendasari dan mengarahkan pasien untuk belajar. Bila motivasi pasien tinggi, maka pasien akan giat untuk mendapatkan informasi tentang kondisinya serta tindakan yang perlu dilakukan untuk melanjutkan pengobatan dan meningkatkan kesehatannya.
2. Sikap positif pasien terhadap diagnosa penyakit dan perawatan akan memudahkan pasien untuk menerima informasi ketika dilakukan pendidikan kesehatan.

3. Emosi yang stabil memudahkan pasien menerima informasi, sedangkan perasaan cemas akan mengurangi kemampuan untuk menerima informasi.
4. Kesehatan fisik pasien yang kurang baik akan menyebabkan penerimaan informasi terganggu.
5. Tahap perkembangan berhubungan dengan usia. Semakin dewasa usia kemampuan menerima informasi semakin baik dan didukung pula pengetahuan yang dimiliki sebelumnya.
6. Kemampuan dalam belajar yang baik akan memudahkan pasien untuk menerima dan memproses informasi yang diberikan ketika dilakukan pendidikan kesehatan. Kemampuan belajar seringkali berhubungan dengan tingkat pendidikan yang dimiliki. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang umumnya kemampuan belajarnya juga semakin tinggi.

## **2.2 Konsep Metode IDEAL *Discharge Planning***

### **2.2.1 Elemen Kunci IDEAL *Discharge Planning***

Metode *IDEAL discharge planning* adalah suatu metode perencanaan pulang yang melibatkan pasien dan keluarga dalam mempersiapkan pemulangan pasien kerumah (AHRQ, 2013). Adapun Langkah-langkah *IDEAL discharge planning* adalah:

1. *Include* yaitu melibatkan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan *discharge planning*.
2. *Discuss* yaitu diskusikan dengan pasien dan keluarga lima bidang utama untuk mencegah masalah dirumah seperti menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang dukungan yang diperlukan, menjelaskan obat,

mengidentifikasi tanda gejala atau potensi masalah yang bisa timbul, menjelaskan hasil tes dan membuat janji tindak lanjut atau kontrol.

3. *Educate* yaitu mendidik pasien dan keluarga dengan bahasa yang sederhana tentang kondisi pasien, proses pulang, dan langkah selanjutnya selama tinggal di rumah sakit.
4. *Asses* yaitu menilai seberapa baik dokter dan perawat menjelaskan diagnosis, kondisi, dan langkah-langkah selanjutnya.
5. *Listen* yaitu mendengarkan dan menghormati pasien dan keluarga dan memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya hal-hal yang belum dipahami. Melibatkan pasien dan keluarga dalam *discharge planning* dapat memperbaiki kondisi pasien, mengurangi komplikasi yang tidak diinginkan dan meningkatkan kepuasan pasien.

### **2.2.2 Cara Penerapan IDEAL *Discharge Planning***

Setiap bagian dari IDEAL *discharge planning* memiliki banyak komponen yang meliputi: (AHRQ, 2013)

1. Ikut sertakan pasien dan keluarga sebagai mitra penuh dalam proses perencanaan pulang.
  - a. Selalu sertakan pasien dan keluarga kedalam tim diskusi perencanaan pulang. Ingat bahwa *discharge planning* bukan acara satu kali tapi sebuah proses yang berlangsung selama tinggal di rumah sakit.
  - b. Identifikasi keluarga atau teman mana yang akan memberi perawatan di rumah dan memasukkan mereka ke dalam diskusi.
2. Diskusikan dengan pasien dan keluarga lima area utama untuk mencegah masalah di rumah.

- a. Jelaskan seperti apa kehidupan di rumah. Sertakan lingkungan rumah, dukungan yang dibutuhkan, apa yang pasien bisa atau tidak bisa makan, dan aktivitas yang harus dilakukan atau hindari.
  - b. Review obat. Gunakan daftar obat yang dikonsumsi untuk membahas tujuan setiap obat, seberapa banyak yang harus dikonsumsi, bagaimana cara mengkonsumsinya, dan efek samping.
  - c. Mengidentifikasi tanda gejala atau potensi masalah yang bisa timbul.. Tuliskan nama dan informasi kontak seseorang untuk dihubungi jika ada masalah.
  - d. Jelaskan hasil tes kepada pasien dan keluarga. Jika hasil tes tidak tersedia saat pulang, biarkan pasien dan keluarga mengetahui kapan mereka harus mendapatkan hasilnya dan mengidentifikasi siapa yang harus mereka panggil jika mereka belum mendapat hasil pada tanggal tersebut.
  - e. Membuat janji tindak lanjut. Tawarkan untuk membuat janji tindak lanjut untuk pasien. Pastikan pasien dan keluarga tahu apa yang dibutuhkan saat tindak lanjut.
3. Mendidik pasien dan keluarga dalam bahasa sederhana tentang kondisi pasien, proses pulang, dan langkah selanjutnya pada setiap kesempatan selama tinggal di rumah sakit. Perencanaan pulang harus menjadi proses yang berkelanjutan selama tinggal di rumah sakit bukan acara satu kali, sehingga informasi yang didapat pada hari pulang bisa sangat banyak.
    - a. Mendapatkan tujuan pasien dan keluarga saat masuk dan mencatat kemajuan tujuan tersebut setiap hari

- b. Libatkan pasien dan keluarga dalam laporan shift di samping tempat tidur
  - c. Bagikan daftar obat-obatan secara tertulis setiap pagi
  - d. Tanya kepada petugas apoteker : untuk apa obat tersebut, berapa banyak yang harus dikonsumsi, bagaimana cara mengkonsumsinya, dan efek sampingnya
  - e. Dorong pasien dan keluarga untuk ikut serta dalam praktik perawatan untuk mendukung kompetensi dan kepercayaan diri mereka dalam perawatan di rumah
4. Kaji seberapa baik dokter dan perawat menjelaskan diagnosis, kondisi, dan langkah selanjutnya dalam perawatan pasien kepada pasien dan keluarga dan gunakan.
    - a. Berikan informasi kepada pasien tentang informasi penting selama tinggal di rumah sakit
    - b. Mintalah pasien dan keluarga untuk mengulangi apa yang anda katakan dengan kata-kata mereka sendiri untuk memastikan bahwa anda telah menjelaskan semuanya dengan baik
5. Dengarkan apa yang dikeluhkan dan apa yang menjadi pertanyaan pasien dan keluarga.
    - a. Mintalah pasien dan keluarga untuk menggunakan papan tulis di kamar mereka untuk menulis pertanyaan atau masalah
    - b. Ajukan pertanyaan terbuka untuk mendapatkan pertanyaan dan masalah dari pasien dan keluarga

- c. Siapkan apa saja yang diperlukan oleh pasien seperti booklet (Alat 2a dan 2b) untuk memastikan pasien dan keluarga merasa siap untuk pulang
- d. Jadwalkan setidaknya satu pertemuan yang spesifik untuk perencanaan pulang dengan pasien dan pengasuh keluarga

### **2.2.3 Proses IDEAL *Discharge Planning***

Informasi di bawah ini menjelaskan elemen kunci dari IDEAL *Discharge Planning* dari penerimaan pasien kerumah sakit hingga pulang ke rumah. Perhatikan bahwa proses ini mencakup setidaknya satu pertemuan antara pasien, keluarga, dan perencana pulang untuk membantu pasien dan keluarga merasa siap untuk pulang (AHRQ, 2013).

1. Penilaian keperawatan awal
  - a. Kenali pengasuh yang akan berada di rumah bersama dengan pasien. Inilah individu yang perlu memahami petunjuk perawatan di rumah. Jangan berasumsi bahwa keluarga di rumah sakit akan menjadi pengasuh di rumah.
  - b. Biarkan pasien dan keluarga tahu bahwa mereka dapat menggunakan papan tulis putih di ruangan itu untuk menulis pertanyaan atau masalah.
  - c. Mintalah tujuan pasien dan keluarga untuk kapan dan bagaimana mereka meninggalkan rumah sakit. Adanya masukan dari dokter, kita dapat bekerjasama dengan pasien dan keluarga untuk menetapkan tujuan realistis untuk tinggal di rumah sakit.

- d. Menginformasikan pasien dan keluarga tentang langkah-langkah yang sedang berjalan menuju pemulangan. Untuk prosedur umum, buatlah handout pasien, papan tulis putih, atau poster yang mengidentifikasi peta jalan untuk pulang. Peta jalan ini mungkin mencakup hal-hal seperti "Saya dapat memberi makan diri sendiri" atau "Saya dapat berjalan 20 langkah".
2. Pelaksanaan harian
    - a. Didiklah pasien dan keluarga tentang kondisi pasien di setiap kesempatan, seperti pemeriksaan status vital, panggilan perawat, dan kesempatan lain yang muncul.
    - b. Jelaskan obat-obatan kepada pasien dan keluarga (misalnya, cetaklah daftar setiap pagi) dan jadwal obat diberikan. Jelaskan apa masing-masing kegunaan obat, jelaskan efek samping yang potensial, dan pastikan pasien mengetahui adanya perubahan obat yang mereka minum.
    - c. Diskusikan tujuan pasien dan keluarga, terhadap kemajuan menuju pemulangan. Begitu tujuan ditetapkan pada saat masuk, tanyakan kembali tujuan ini untuk memastikan pasien dan keluarga memahami bagaimana kemajuannya untuk pulang.
    - d. Libatkan pasien dan keluarga dalam praktik perawatan untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam perawatan setelah berada di rumah. Contoh praktik perawatan bisa termasuk mengganti pembalut luka, membantu pasien memberi makan atau pergi ke kamar mandi, atau membantu latihan rehabilitasi.

3. Sebelum rapat perencanaan pulang
  - a. Kegiatan ini dapat dilakukan 1 sampai 2 hari sebelum rapat perencanaan pulang. Untuk jangka pendek, pertemuan ini dapat terjadi saat masuk.
  - b. Berikan kepada pasien dan keluarga seperti alat tulis dan booklet.
  - c. Jadwalkan rapat perencanaan pulang dengan pasien, keluarga, dan staf rumah sakit.
4. Rapat *discharge planning*
  - a. Dilakukan 1 sampai 2 hari sebelum pulang. Gunakan peralatan tulis dan booklet sebagai titik awal untuk mendiskusikan pertanyaan, kebutuhan, dan masalah yang akan terjadi di rumah.
  - b. Jika pasien atau keluarga tidak membaca atau mengisi daftar periksa, kaji ulang secara verbal. Pastikan untuk menanyakan apakah mereka memiliki pertanyaan atau masalah selain yang tercantum. Anda bisa memulai dialog dengan bertanya, "Seperti apa rumah Anda?".
  - c. Ulangi jawaban dari pasien dan keluarga dengan kata-kata anda sendiri untuk memastikan anda mengerti.
  - d. Tanyakan kembali kepada pasien dan keluarga informasi yang telah diberikan untuk mengetahui apakah pasien dan keluarga memahami informasi tersebut.
  - e. Jika dokter lain diperlukan untuk mengatasi masalah (mis., Apoteker, dokter, atau perawat), siapkan pembicaraan ini.
  - f. Menawarkan untuk membuat janji tindak lanjut, tanyakan kapan pasien dan keluarga memiliki waktu untuk bertemu.

## 5. Hari pulang

- a. Tinjaulah daftar obat yang digunakan oleh pasien dan keluarga. Ajarkan kembali kepada pasien dan keluarga (mintalah mereka untuk mengulangi jadwal minum obatnya, kapan harus menerimanya, dan bagaimana cara menggunakannya). Pastikan pasien memiliki daftar obat cetak yang mudah dibaca untuk dibawa pulang.
- b. Beri informasi kepada pasien dan keluarga tentang jadwal kontrol, waktu, dan lokasi.
- c. Berikan kepada pasien dan keluarga nama, posisi, dan nomor telepon orang yang akan dihubungi jika ada masalah setelah keluar rumah sakit. Pastikan petugas kontak mengetahui kondisi dan situasi pasien (misalnya, jika dokter dan perawat primer adalah orang yang menghubungi, pastikan dokter dan perawat primer memiliki salinan ringkasan pada hari pulang).

## 2.3 Konsep Dasar *Self Efficacy*

### 2.3.1 Pengertian *Self Efficacy*

Menurut Bandura (1997) dalam Hidayah & Atmoko (2014) *Self Efficacy* merupakan keyakinan individu atas kemampuan yang dimiliki untuk menentukan dan melaksanakan berbagai tindakan yang diperlukan untuk mencapai suatu keberhasilan.

Menurut Pajares (1996) dalam Hidayah & Atmoko (2014) menyatakan bahwa *Self Efficacy* adalah penilaian individu terhadap kemampuan diri untuk mengorganisasikan dan melaksanakan langkah-langkah yang terarah pada pencapaian tujuan.

Menurut Bandura (1997) dalam Izzah (2012) menjelaskan bahwa orang dengan *self efficacy* tinggi mereka mampu mendekati tugas sulit sebagai tantangan yang harus dikuasai bukan sebagai ancaman yang dihindari. Seseorang dengan *Self Efficacy* tinggi percaya bahwa mereka mampu melakukan sesuatu untuk mengubah kejadian-kejadian disekitarnya, sedangkan seseorang dengan *Self Efficacy* rendah menganggap bahwa dirinya pada dasarnya tidak mampu mengerjakan sesuatu yang ada disekitarnya.

### **2.3.2 Klasifikasi *Self Efficacy***

Menurut Bandura (1997) dalam Hidayah & Atmoko (2014) menjelaskan bahwa secara garis besar *self efficacy* terbagi atas dua bentuk yaitu:

#### **1. *Self efficacy* tinggi**

Dalam mengerjakan suatu tugas, individu yang memiliki *self efficacy* yang tinggi akan cenderung memilih terlibat langsung. Individu yang memiliki *self efficacy* yang tinggi cenderung mengerjakan tugas tertentu, sekalipun tugas tersebut adalah tugas yang sulit. Mereka tidak memandang tugas sebagai suatu ancaman yang harus mereka hindari. Selain itu, mereka mengembangkan minat intrinsik dan ketertarikan yang mendalam terhadap suatu aktivitas, mengembangkan tujuan, dan berkomitmen dalam mencapai tujuan tersebut. Mereka juga meningkatkan usaha dalam mencegah kegagalan yang mungkin timbul. Mereka yang gagal dalam melaksanakan sesuatu, biasanya cepat mendapatkan kembali *self efficacy* mereka setelah mengalami kegagalan tersebut.

## 2. *Self efficacy* rendah

Individu yang ragu akan kemampuan mereka (*self efficacy* rendah) akan menjahui tugas-tugas yang sulit karena tugas tersebut dipandang sebagai ancaman bagi mereka. Individu yang seperti ini memiliki aspirasi yang rendah serta komitmen yang rendah dalam mencapai tujuan yang mereka tetapkan. Ketika menghadapi tugas-tugas yang sulit, mereka sibuk memikirkan kekurangan-kekurangan diri mereka, gangguan-gangguan yang mereka hadapi, dan semua hasil yang dapat merugikan mereka. Dalam mengerjakan suatu tugas, individu yang memiliki *self efficacy* rendah cenderung menghindari tugas tersebut.

### 2.3.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *Self Efficacy*

Menurut Bandura dalam Izzah (2012) menyatakan bahwa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi *self efficacy* pada diri individu diantaranya:

#### 1. Budaya

Budaya mempengaruhi *self efficacy* melalui nilai, kepercayaan, dalam proses pengaturan diri yang berfungsi sebagai sumber penilaian *self efficacy* dan juga sebagai konsekuensi dan keyakinan akan *self efficacy*.

#### 2. Jenis Kelamin

Perbedaan jenis kelamin juga berpengaruh terhadap *self efficacy*. Hal ini dapat dilihat dan penelitian Bandura (1997) yang menyatakan bahwa wanita lebih efikasinya yang tinggi dalam mengelola perannya.

#### 3. Sifat dan tugas yang dihadapi

Derajat dan kompleksitas dan kesulitan tugas yang dihadapi oleh individu akan mempengaruhi penilaian individu terhadap kemampuan dirinya sendiri. Semakin kompleks tugas yang dihadapi oleh individu maka akan semakin rendah individu tersebut menilai kemampuannya. Sebaliknya jika individu dihadapkan pada tugas yang mudah dan sederhana maka akan semakin tinggi individu tersebut menilai kemampuannya.

4. Intensif eksternal

Faktor lain yang dapat mempengaruhi *self efficacy* individu adalah intensif yang diperolehnya. Bandura menyatakan bahwa salah satu faktor yang dapat meningkatkan *self efficacy* adalah *competent contingence incentive*, yaitu intensif yang diberikan orang lain yang merefleksikan keberhasilan orang.

5. Status atau peran individu dalam lingkungan

Individu yang memiliki status yang lebih tinggi memperoleh derajat kontrol yang lebih besar sehingga *self efficacy* yang dimilikinya juga tinggi. Sedangkan individu yang memiliki status yang lebih rendah akan memiliki kontrol yang lebih kecil sehingga *self efficacy* yang dimilikinya juga rendah.

6. Informasi tentang kemampuan diri

Individu yang memiliki *self efficacy* tinggi, jika ia memperoleh informasi positif mengenai dirinya, sementara individu akan memiliki *self efficacy* yang rendah, jika ia memperoleh informasi negatif mengenai dirinya.

### 2.3.4 Sumber *Self Efficacy*

Menurut Bandura (1997) dalam Hidayah & Atmoko (2014) menjelaskan bahwa *Self Efficacy* dapat ditumbuhkan dan dilatihkan berdasarkan empat sumber informasi, yaitu:

1. Pengalaman keberhasilan dan pencapaian prestasi (*enactive attainment and performance accomplishment*)

Sumber informasi ini memberikan pengaruh besar pada *self efficacy* individu karena didasarkan pada pengalaman-pengalaman pribadi individu secara nyata yang berupa keberhasilan dan kegagalan. Pengalaman keberhasilan akan menaikkan *self efficacy* individu, sedangkan pengalaman kegagalan akan menurunkannya. Setelah *self efficacy* yang kuat berkembang melalui serangkaian keberhasilan, dampak negatif dan kegagalan-kegagalan yang umum akan berkurang. Bahkan, kemudian kegagalan di atasi dengan usaha-usaha tertentu yang dapat memperkuat motivasi dan apabila seseorang menemukan lewat pengalaman bahwa hambatan tersulit dapat melalui usaha yang terus menerus.

2. Pengalaman orang lain (*vicarious experience*)

*Vicarious experience* adalah pengalaman yang didapat ketika individu mengamati orang lain berhasil menyelesaikan tugas dengan baik. Pengharapan dapat tumbuh dari individu yang memiliki posisi sebagai pengamat saat dirinya menyaksikan orang lain mampu melakukan kegiatan dalam situasi tertekan tanpa akibat yang merugikan. Pengamatan ini akan menumbuhkan keyakinan bahwa suatu saat dirinya akan mampu

dan juga berhasil, jika berusaha sungguh-sungguh dan tekun. Selanjutnya akan tumbuh sugesti bahwa kalau orang lain dapat melakukan dengan baik, maka dirinya juga akan mampu, setidaknya ada sedikit perbaikan dan peningkatan yang dapat dilakukan dalam kinerjanya.

3. Persuasi verbal (*verbal persuasion*)

Persuasi verbal digunakan untuk meyakinkan individu bahwa dirinya mempunyai kemampuan. Individu yang dapat diyakinkan secara verbal oleh lingkungannya akan mengeluarkan usaha yang besar, dibandingkan jika dirinya memiliki keraguan atas kemampuannya. Individu yang diarahkan dengan saran, nasihat, dan bimbingan dapat meningkatkan kapasitasnya tentang kemampuan yang dimiliki, sehingga ia mampu mencapai tujuan yang diinginkan.

4. Keadaan psikologis (*psychological and emotional arousal*)

Keadaan psikologis adalah muncul dan naiknya emosi individu ketika ia berada pada tertekan. Ketika berada pada situasi tertekan kondisi emosional dapat mempengaruhi pengharapan individu. Rasa takut dan cemas mengalami kegagalan membuat individu menjadi tidak yakin dalam menghadapi tugas-tugas berikutnya. Dalam beberapa hal, individu menyadarkan dirinya pada gejala fisiologis dalam menilai kecemasan dan kepekaannya terhadap stres. Gejala yang berlebihan biasanya akan melumpuhkan kinerja/menyelesaikan tugas. Individu jelas berharap lebih berhasil jika mengalami gejala fisiologis ringan dari pada harus menderita tekanan, guncangan, dan kegelisahan yang mendalam.

### 2.3.5 Proses *Self Efficacy*

Menurut Bandura (1994) dalam Lenz & Shortridge-Baggett (2002) *self efficacy* mempengaruhi efek dalam diri manusia melalui berbagai proses, yaitu:

#### 1. Proses Kognitif (*Cognitive Processes*)

Bandura menjelaskan bahwa serangkaian tindakan yang dilakukan manusia awalnya dikonstruksi dalam pikirannya. Pemikiran ini kemudian memberikan arahan bagi tindakan yang dilakukan manusia. Keyakinan seseorang akan efikasi diri mempengaruhi bagaimana seseorang menafsirkan situasi lingkungan, antisipasi yang akan diambil dan perencanaan yang akan dikonstruksi. Seseorang yang menilai bahwa mereka sebagai seorang yang tidak mampu akan menafsirkan situasi tertentu sebagai hal yang penuh resiko dan cenderung gagal dalam membuat perencanaan. Melalui proses kognitif inilah efikasi diri seseorang mempengaruhi tindakannya.

#### 2. Proses Motivasi (*Motivational Processes*)

Motivasi manusia dibangkitkan secara kognitif. Melalui kognitifnya, seseorang memotivasi dirinya dan mengarahkan tindakannya berdasarkan informasi yang dimiliki sebelumnya. Seseorang membentuk keyakinannya tentang apa yang dapat mereka lakukan, yang dapat dihindari, dari tujuan yang dapat mereka capai. Dengan keyakinan bahwa mereka dapat melakukan sesuatu akan memotivasi mereka untuk melakukan suatu.

### 3. Proses Afeksi (*Affective Processes*)

*Self efficacy* mempengaruhi seberapa banyak tekanan yang dialami ketika menghadapi suatu tugas. Orang yang percaya bahwa dirinya dapat mengatasi situasi akan merasa tenang dan tidak cemas. Sebaliknya orang yang tidak yakin akan kemampuannya dalam mengatasi situasi akan mengalami kecemasan. Bandura menjelaskan bahwa orang yang mempunyai efikasi dalam mengatasi masalah menggunakan strategi dan mendesain serangkaian kegiatan untuk merubah keadaan. Pada konteks ini, *self efficacy* mempengaruhi stres dan kecemasan melalui perilaku yang dapat mengatasi masalah (*coping behavior*). Seseorang akan cemas apabila menghadapi sesuatu di luar kontrol dirinya. Individu yang efikasinya tinggi akan menganggap sesuatu bisa diatasi, sehingga mengurangi kecemasannya.

### 4. Proses Seleksi (*Selection Processes*)

Keyakinan terhadap efikasi diri berperan dalam rangka menentukan tindakan dan lingkungan yang akan dipilih individu untuk menghadapi suatu tugas tertentu. Pilihan (*selection*) dipengaruhi oleh keyakinan seseorang akan kemampuannya (*efficacy*). Seseorang yang mempunyai *self efficacy* rendah akan memilih tindakan untuk menghindari atau menyerah pada suatu tugas yang melebihi kemampuannya, tetapi sebaliknya dia akan mengambil tindakan dan menghadapi suatu tugas apabila dia mempunyai keyakinan bahwa ia mampu untuk mengatasinya. Bandura menegaskan bahwa semakin tinggi *self efficacy* seseorang, maka semakin menantang aktivitas yang akan dipilih orang tersebut.

### 2.3.6 Konsep Interaksi Imogene M.King

Berdasarkan kerangka kerja konseptual (*conceptual framework*) dan asumsi dasar tentang *human being*, King menderivatnya menjadi teori pencapaian tujuan (*theory of goal attainment*). Elemen utama dari teori pencapaian tujuan adalah interpersonal sistem, dimana dua orang (perawat dan klien) yang tidak saling mengenal berada bersama-sama diorganisasi pelayanan kesehatan membantu dan dibantu dalam mempertahankan status kesehatan sesuai dengan fungsi dan perannya. Dalam interpersonal sistem perawat dan klien berinteraksi dalam suatu area (*space*). Menurut King identitas diri interpersonal sistem sangat monevutukan dalam menetapkan dan pencapaian tujuan keperawatan. Dalam interaksi tersebut terjadi aktivitas-aktivitas yang dijelaskan sebagai sembilan konsep utama, dimana konsep-konsep tersebut saling berhubungan dalam setiap situasi praktek keperawatan, meliputi :

1. Interaksi, King mendefinisikan interaksi sebagai suatu proses dari persepsi dan komunikasi antara individu dengan individu, individu dengan kelompok, individu dengan lingkungan yang dimamfestasikan sebagai perilaku erbal dan non erbal dalam mencapai tujuan.
2. Persepsi diartikan sebagai gambaran seseorang tentang realita, persepsi berubungan dengan pengalaman yang lalu, konsep diri, sosial ekonomi, genetika dan latar belakang pendidikan.
3. Komunikasi diartikan sebagai suatu proses penyampaian informasi dari seseorang kepada orang lain secara langsung maupun tidak langsung.

4. Transaksi diartikan sebagai interaksi yang mempunyai maksud tertentu dalam pencapaian tujuan, yang termasuk dalam transaksi adalah pengamatan perilaku dari interaksi manusia dengan lingkungannya.
5. Peran merupakan sarangkain perilaku yang diharapkan dari posisi pekeraannya dalam sistem sosial. Tolak ukurnya adalah hak dan kewajiban sesuai dengan posisinya.
6. Stres diartikan sebagai suatu keadaan dinamis yang terjadi akibat interaksi manusia dengan lingkungannya. Stres melibatkan pertukaran energi dan informasi antara manusia dengan lingkungannya untuk keseimbangan dan mengontrol stresor.
7. Tumbuh kembang adalah perubahan yang kontinue dalam diri individu. Tumbuh kembang mencakup sel, molekul dan tingkat aktivitas perilaku yang kondusif untuk membantu individu mencapai kematangan.
8. Waktu diartikan sebagai urutan dari kejadian atau peristiwa kemas yang akan datang. Waktu adalah putaran antara satu peristiwa dengan peristiwa yang lain sebagai pengalaman yang unik dari setiap manusia.
9. Ruang adalah sebagai suatu hal yang ada dimanapun sama.

Ruang adalah area dimana terjadi interaksi antara perawat dengan klien. Konsep hubungan manusia menurut King terdiri dari komponen:

1. *Action* (aksi) merupakan proses awal hubungan dua individu dalam berperilaku, dalam memahami atau mengenali kondisi yang ada dalam keperawatan yang digambarkan melalui hubungan perawat dan klien untuk melakukan kontrak untuk pencapaian tujuan.

2. *Reaction* (reaksi) adalah suatu bentuk tindakan yang terjadi akibat adanya aksi dan merupakan respon individu.
3. *Interaction* (interaksi) merupakan suatu bentuk kerjasama yang saling mempengaruhi antara perawat dengan klien, yang diwujudkan dalam bentuk komunikasi.
4. *Transaction* (transaksi) merupakan kondisi dimana antara perawat dan klien terjadi suatu persetujuan dalam rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan (Murwani, 2009).

## **2.4 Konsep Dasar Diabetes Melitus Tipe 2**

### **2.4.1 Pengertian Diabetes Melitus**

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit gangguan metabolik menahun akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif (Infodatin Kemenkes RI, 2014).

Menurut Grossman (2014) diabetes melitus (DM) merupakan penyakit gangguan dalam metabolisme karbohidrat, lemak dan protein sehingga kadar glukosa darah cenderung mengalami peningkatan yang diakibatkan oleh kerusakan sintesis pada sel beta pankreas atau pengeluaran insulin, atau ketidakmampuan jaringan dalam menggunakan insulin.

### **2.4.2 Klasifikasi Diabetes Melitus**

Menurut *American Diabetes Association* (ADA) tahun 2012, ada 4 klasifikasi diabetes melitus yaitu :

1. Diabetes melitus tipe 1 atau IDDM (*Insulin Dependent Diabetes Mellitus*)

2. Diabetes melitus tipe 2 atau NIDDM (*Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus*)
3. Diabetes melitus dengan kehamilan atau Diabetes Melitus Gestasional (DMG)
4. Diabetes tipe lain disebabkan karena defek genetik fungsi sel beta, defek genetik fungsi insulin, penyakit eksokrin pankreas.

### 2.4.3 Diagnosis Diabetes Melitus

Kecurigaan adanya DM perlu dipikirkan apabila terdapat keluhan seperti dibawah ini, yaitu: (PERKENI, 2015)

1. Keluhan klasik DM: poliuria, polidipsia, polifagia dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya.
2. Keluhan lain: lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita.

Tabel 2.1. Kriteria Diagnosis DM

No	Diagnosis DM
1	Pemeriksaan glukosa plasma puasa $\geq 126$ mg/dl. Puasa adalah kondisi tidak ada asupan kalori minimal 8 jam.
2	Pemeriksaan glukosa plasma $\geq 200$ mg/dl 2-jam setelah Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) dengan beban glukosa 75 gram.
3	Pemeriksaan glukosa plasma sewaktu $\geq 200$ mg/dl dengan keluhan klasik.
4	Pemeriksaan HbA1c $\geq 6,5\%$ dengan menggunakan metode yang terstandarisasi oleh <i>National Glycohaemoglobin Standarization Program</i> (NGSP).

Sumber: PERKENI (2015). Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan DM Tipe 2 di Indonesia Tahun 2015.

Pada keadaan yang tidak memungkinkan dan tidak tersedia fasilitas pemeriksaan TTGO, maka pemeriksaan penyaring dengan menggunakan pemeriksaan glukosa darah kapiler, diperbolehkan untuk patokan diagnosis DM. Dalam hal ini harus diperhatikan adanya perbedaan hasil

pemeriksaan glukosa darah plasma vena dan glukosa darah kapiler seperti pada tabel-6 di bawah ini PERKENI (2015).

Tabel 2.2 Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring dan diagnosis DM (mg/dl)

No	Jenis Pemeriksaan		Bukan DM	Belum pasti DM	DM
1	Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dl)	Plasma vena	< 100	100 – 199	≥ 200
		Darah kapiler	< 90	90 – 199	≥ 200
2	Kadar glukosa darah puasa (mg/dl)	Plasma vena	< 100	100 – 125	≥ 126
		Darah kapiler	< 90	90 - 90	≥ 100

Sumber: PERKENI (2011). Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan DM Tipe 2 di Indonesia Tahun 2011.

#### 2.4.4 Pengertian Diabetes Melitus Tipe 2

DM tipe 2 atau sering juga disebut dengan *Non Insuline Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) merupakan penyakit diabetes yang disebabkan oleh terjadinya resistensi tubuh terhadap efek insulin yang diproduksi oleh sel  $\beta$  pancreas (wicaksono, 2011).

Diabetes Melitus tipe 2 yaitu diabetes yang tergantung dengan insulin. Diabetes tipe 2 ini terjadi akibat sensitivitas terhadap insulin (yang disebut resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin. Diabetes tipe 2 pada mulanya diatasi dengan diet dan latihan atau olahraga. Jika kenaikan glukosa terjadi, terapi diet dan latihan tersebut dilengkapi dengan obat hipoglikemik oral (OHO) (Brunner and Sudath, 2002).

#### 2.4.5 Etiologi Diabetes Melitus Tipe 2

DM memiliki banyak etiologi yang menimbulkan insufisiensi insulin. DM memiliki berbagai faktor resiko yang mempengaruhi di antaranya sebagai berikut: (Pirce & Wilson, 2005).

1. Faktor Genetik

Sifat turunan ini terjadi karena DNA seseorang yang mengalami DM akan ikut diinformasikan pada gen (Riyadi dan Sukarmin, 2008).

2. Lingkungan

Faktor luar akan memicu proses autoimun dan destruksi pada sel beta seperti virus atau toksin (Srneltzer & Bare, 2001).

3. Jenis Kelamin

P prevalensi kejadian DM tipe 2 pada perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki. Perempuan berisiko menderita diabetes karena memiliki indeks masa tubuh yang lebih besar (Trianawati, 2013).

4. Usia

Seseorang akan mengalami penurunan fisiologis pada usia 40 tahun. Penurunan fisiologis akan beresiko pada penurunan fungsi endokrin dan pankreas untuk memproduksi insulin (Riyadi dan Sukamin, 2008).

5. Obesitas

Obesitas akan menyebabkan sel beta pankreas menjadi hipertropi dan mempengaruhi penurunan produksi insulin (Riyadi dan Sukamin, 2008).

6. Pola Makan

Pola makan yang salah akan mempengaruhi ketidakstabilan kerja sel beta pankreas (Riyadi dan Sukannin, 2008).

7. Stres

Stres membuat peningkatan kerja metabolisme dan menaikkan kerja pankreas. Hal ini akan menyebabkan pankreas mudah rusak sehingga hasil kerja insulin menurun (Riyadi dan Sukarmin, 2008).

#### **2.4.6 Patofisiologi Diabetes Melitus Tipe 2**

Menurut Brunner dan Suddarth (2002), pada DM tipe 2 terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin yang terjadi pada DM tipe 2 tersebut disebabkan karena fungsi fisiologis insulin terganggu, yaitu menurunnya kemampuan insulin dalam berikatan dengan reseptor sehingga jumlah glukosa yang dimetabolisme di dalam sel berkurang. Gangguan sekresi insulin yang terjadi pada DM tipe 2 disebabkan oleh menurunnya kemampuan sel beta dalam mensekresi insulin (Price & Wilson, 2005).

#### **2.4.7 Manifestasi Klinis Diabetes Melitus Tipe 2**

Menurut Rondhianto (2011) Manifestasi klinik DM berupa keluhan yaitu:

1. Penurunan berat badan dan rasa lemah
2. Banyak kencing (poliuri)
3. Banyak minum (polidipsi)
4. Banyak makan (polifagi)

#### **2.4.8 Penatalaksanaan Diabetes Melitus Tipe 2**

Menurut PERKENI (2015) terdapat 4 pilar penatalaksanaan DM tipe 2 yaitu edukasi, terapi nutrisi medis, latihan jasmani, dan terapi farmakologi.

##### **1. Edukasi**

Edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat, perlu selalu dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting

dari pengelolaan DM secara holistik. Edukasi perawatan kaki diberikan secara rinci pada semua orang dengan ulkus maupun neuropati perifer atau *peripheral arterial disease* (PAD) meliputi: (PERKENI, 2015)

1. Tidak boleh berjalan tanpa alas kaki, termasuk di pasir dan di air.
2. Periksa kaki setiap hari, dan dilaporkan pada dokter apabila kulit terkelupas, kemerahan, atau luka.
3. Periksa alas kaki dari benda asing sebelum memakainya.
4. Selalu menjaga kaki dalam keadaan bersih, tidak basah, dan mengoleskan krim pelembab pada kulit kaki yang kering.
5. Potong kuku secara teratur.
6. Keringkan kaki dan sela-sela jari kaki secara teratur setelah dari kamar mandi.
7. Gunakan kaos kaki dari bahan katun yang tidak menyebabkan lipatan pada ujung-ujung jari kaki.
8. Kalau ada kalus atau mata ikan, tipiskan secara teratur.
9. Jika sudah ada kelainan bentuk kaki, gunakan alas kaki yang dibuat khusus.
10. Sepatu tidak boleh terlalu sempit atau longgar, jangan gunakan hak tinggi.
11. Hindari penggunaan bantal atau botol berisi air panas/batu untuk menghangatkan kaki.

## **2. Terapi Nutrisi Medis**

Berikut adalah pedoman pola makan yang benar bagi diabetesi yaitu pola makan 3J (Jadwal, Jumlah dan Jenis) dijelaskan sebagai berikut: (Wulandari, 2013)

a. Jadwal

Dalam pola makan 3J, biasanya jadwal makan dibagi dalam 6 kali waktu makan. 3 kali makan besar dan 3 kali selingan. Adapun jadwal waktunya adalah sebagai berikut :

- 1) Makan pagi (jam 07.00)
- 2) Snack I (jam 10.00)
- 3) Makan siang (jam 13.00)
- 4) Snack II (jam 16.00)
- 5) Makan malam (jam 19.00)
- 6) Snack III (jam 21.00)

Usahakan makan tepat pada waktunya, hal ini dimaksudkan supaya kadar gula darah stabil. Karena apabila terlambat makan, maka bisa terjadi hipoglikemia (rendahnya kadar gula darah) dengan gejala seperti pusing, mual, mata berkunang-kunang dan bisa pingsan (Wulandari, 2013).

b. Jumlah

Prinsip jumlah makanan yang dianjurkan untuk penderita diabetes adalah sesuai dengan perhitungan kebutuhan kalori harian. Kebutuhan kalori harian dapat diketahui dengan berkonsultasi dengan dokter ataupun dengan ahli gizi (Wulandari, 2013).

c. Jenis

Kecepatan suatu makanan dalam menaikkan kadar glukosa darah disebut juga indeks glikemik. Semakin cepat menaikkan kadar gula darah sehabis makan, maka semakin tinggi indeks glikemik makanan tersebut. Jadi,

hindari makanan yang berindeks glikemik tinggi seperti sumber karbohidrat sederhana, gula, madu, sirup, roti, mie dan lain-lain (Wulandari, 2013).

Makanan yang berindeks glikemik lebih rendah adalah makanan yang kaya dengan serat. Contohnya: karbohidrat kompleks (beras, umbi-umbian), sayuran dan buah-buahan (Wulandari, 2013).

Tabel 2.3. Pengaturan Makanan Diabetes Melitus (DepKes RI, 2011)

Bahan Makanan	Dianjurkan	Dibatasi	Dihindar
Sumber Karbohidrat		Semua sumber karbohidrat dibatasi: nasi, bubur, roti, mie, kentang, singkong, ubi, sagu, gandum, pasta, jagung, talas, sereal, ketan, makaroni.	
Sumber protein Hewani	Ayam tanpa kulit, ikan, telur rendah kolesterol atau putih telur, daging tidak berlemak.	Hewani tinggi lemak jenuh (kornet, sosis, sarden, otak, jeroan, kuning telur)	Keju, abon, dendeng, susu full cream.
Sumber protein Nabati	Tempe, tahu, kacang merah, kacang tanah, kacang kedelai.		
Sayuran	Sayur tinggi serat : kangkung, daun kacang, oyong, ketimun, tomat, labu air, kembang kol, lobak sawi, selada, seledri, terong.	Bayam, buncis, daun melinjo, labu siam, daun singkong, daun ketela, jagung muda, kapri, kacang panjang, pare, wortel, daun katuk.	
Buah-buahan	Jeruk, apel, papaya, jambu air, salak, belimbing (sesuai kebutuhan)	Nanas, anggur, mangga, sirsak, pisang, alpukat, sawo, semangka, nagka masak.	buah-buahan yang manis dan diawetkan: durian, nangka, alpukat, kurma, manisan buah.
Minuman			Minuman yang mengandung alkohol, susu kental

			manis, soft drink, es krim, yoghurt, susu.
Lain-lain		makanan yang digoreng, dan yang menggunakan santan kental, kecap, saus tiram.	Gula pasir, gula merah, gula batu, madu makanan/ minuman yang manis: cake, kuekue manis, dodol, tarcis, sirup, selai manis, coklat, permen, tape, Mayonise

### 3. Latihan Jasmani

Aktivitas fisik untuk penderita diabetes melitus memiliki durasi 30 menit sampai 1 jam yang dilakukan minimal 3 – 5kali seminggu (atau idealnya setiap hari) bagi orang dewasa. Jenis olahraga yang cocok untuk diabetesi yaitu aerobik karena olahraga ini berirama teratur sehingga pemakaian oksigen dan pembakaran energi pun teratur karena itu tidak membebani jantung dan paru bahkan melatih napas denyut dan jantung. Beberapa jenis olahraga areobik adalah (Waluyo, 2009):

- a. Berjalan kaki, yaitu berjalan selama 10 menit dapat membakar kalori sebesar 56 kalori.
- b. Berlari, yaitu berlari selama 10 menit dapat membakar kalori sebesar 125 kalori.
- c. Lompat tali, yaitu selama 10 menit dapat membakar kalori sebesar 142 kalori.
- d. Bersepeda, sebaiknya dilakukan secara bertahap. Mengayuh sepeda sejauh 20 km selama 1 jam dapat membakar kalori kurang lebih 950 kalori.

- e. Berenang, dilakukan selama 10 menit dapat membakar kalori sebesar 140 kalori.
- f. Senam aerobik, adapun waktu yang diperlukan selama latihan yaitu 3-5 kali per minggu yang dengan waktu 30 menit dengan waktu pemanasan 5 menit dan pendinginan 5 menit sehingga latihan intinya 20 menit. Aerobik membakar kalori kurang lebih 680 kalori.
- g. Senam kaki diabetes
- h. Senam kaki adalah kegiatan atau latihan yang dilakukan oleh pasien diabetes melitus untuk mencegah terjadinya luka dan membantu melancarkan peredaran darah bagian kaki.

#### **4. Terapi Farmakologi**

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan (PERKENI, 2015).

##### **a. Obat Antihiperqlikemia Oral**

Berdasarkan cara kerjanya, obat antihiperqlikemia oral dibagi menjadi 5 golongan: (PERKENI, 2015)

###### **1) Pemacu Sekresi Insulin (*Insulin Secretagogue*)**

Obat ini bekerja dengan cara merangsang pankreas untuk menghasilkan insulin. Obat ini merupakan pilihan utama pada penyandang diabetes dengan berat badan kurang atau normal. Obat golongan ini terdapat 2 jenis yaitu : golongan sulfonylurea dan glinid.

## 2) Peningkat Sensitivitas terhadap Insulin

Golongan obat ini mempunyai efek menurunkan resistensi insulin dengan meningkatkan jumlah protein pengangkut glukosa, sehingga meningkatkan ambilan glukosa di jaringan perifer. Obat ini terdapat 2 jenis yaitu: metformin dan tiazolidindion (TZD).

## 3) Penghambat Absorpsi Glukosa di saluran pencernaan:

Obat ini bekerja dengan memperlambat absorpsi glukosa dalam usus halus, sehingga mempunyai efek menurunkan kadar glukosa darah sesudah makan.

## 4) Penghambat DPP-IV (*Dipeptidyl Peptidase-IV*)

Aktivitas GLP-1 untuk meningkatkan sekresi insulin dan menekan sekresi glukagon bergantung kadar glukosa darah (*glucose dependent*). Contoh obat golongan ini adalah Sitagliptin dan Linagliptin.

## 5) Penghambat SGLT-2 (*Sodium Glucose Cotransporter 2*)

Obat antidiabetes oral jenis baru yang menghambat penyerapan kembali glukosa di tubuh distal ginjal dengan cara menghambat kinerja transporter glukosa SGLT-2. Obat yang termasuk golongan ini antara lain: Canagliflozin, Empagliflozin, Dapagliflozin, Ipragliflozin.

### **b. Obat Antihiperglikemia Suntik**

Menurut PERKENI (2015) yang termasuk anti hiperglikemia suntik, yaitu insulin, agonis GLP-1 dan kombinasi insulin dan agonis GLP-1.

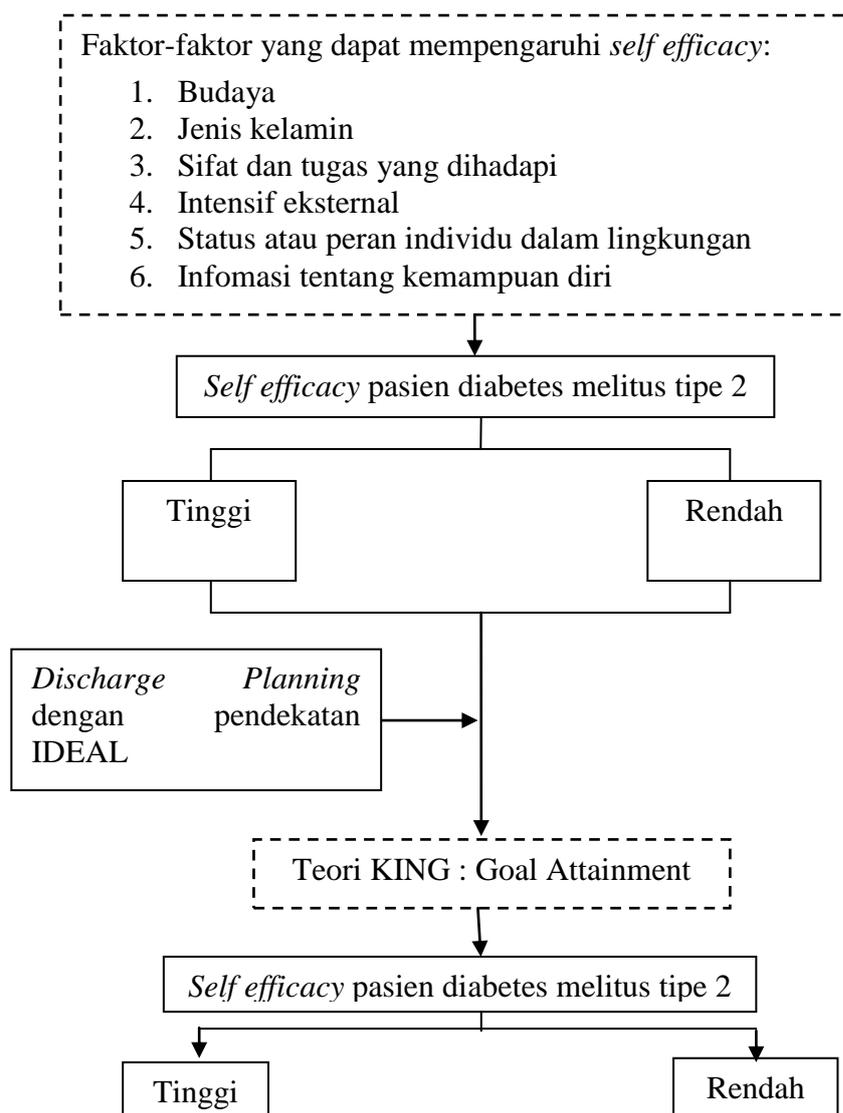
### 1) Insulin

Insulin diperlukan pada keadaan seperti penurunan berat badan yang cepat, komplikasi akut DM (hiperglikemia berat yang disertai ketosis), gagal dengan pengobatan diabetes oral dosis optimal, kehamilan dengan DM, stress berat (infeksi sistemik, operasi besar, stroke, dll), dan adanya kontra indikasi/alergi terhadap obat diabetes oral.

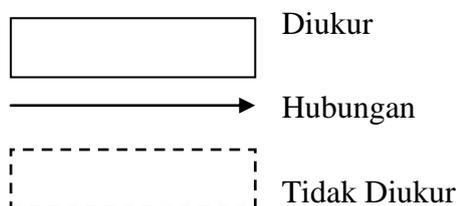
### 2) Agonis GLP-1/Incretin Mimetic

Pengobatan dengan dasar peningkatan GLP-1 merupakan pendekatan baru untuk pengobatan DM. Agonis GLP-1 dapat bekerja pada sel-beta sehingga terjadi peningkatan pelepasan insulin, mempunyai efek menurunkan berat badan, menghambat pelepasan glukagon, dan menghambat nafsu makan.

## 2.5 Kerangka Teori



Keterangan:



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian dengan Studi Kasus Penerapan *IDEAL Discharge Planning* Terhadap *Self Efficacy* Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Ruang Multazam Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang

Pada gambar 2.1 dijelaskan bahwa *self efficacy* yang terjadi pada diri individu disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya adalah budaya, jenis kelamin, sifat dan tugas yang dihadapi, intensif eksternal, status atau peran individu dalam lingkungan, informasi tentang kemampuan diri. Penerapan *discharge planning* dengan pendekatan IDEAL diharapkan mampu merubah *self efficacy* pasien. Pada saat dilakukan kegiatan *discharge planning* dengan pendekatan IDEAL akan terjadi proses komunikasi yang melibatkan antara perawat dan pasien yang akan menghasilkan suatu pencapaian tujuan (*goal attainment*). Proses *goal attainment* tersebut dimulai dari action yang merupakan awal teradinya hubungan antara perawat dan pasien untuk melakukan kontrak sebagai pencapaian dari tujuan. Setelah terjadi action maka akan terbentuk reaction yang merupakan respon dari individu setelah menerima action. Selanjutnya akan terjadi proses interaction yang merupakan suatu bentuk kerjasama yang saling mempengaruhi antara perawat dan pasien yang diwujudkan dalam bentuk komunikasi. Kemudian terjadi proses transaction dimana antara perawat dan pasien terjadi suatu persetujuan dalam rencana tindakan yang akan dilakukan. Dengan adanya proses tersebut diharapkan dapat meningkatkan *self efficacy* pasien.