

**S K R I P S I**  
**PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* TERHADAP KEPATUHAN  
PENGobatan PADA PASIEN DHF DAN GE SELAMA  
DIRAWAT DI RUANG TROPIK WANITA RSU DR. SOETOMO  
SURABAYA**

**PENELITIAN *QUASY EXPERIMENTAL***



**Oleh:**

**AMIRUL MUSRINI**  
**NIM : 010730428B**

**PROGRAM SARJANA KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2009**

## **Surat Pernyataan**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Surabaya, 19 Pebruari 2009

Yang menyatakan,

Amirul Musrini

NIM. 010730428 B

**LEMBAR PERSETUJUAN**

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL : 19 FEBRUARI 2009

OLEH :

PEMBIMBING KETUA

Dr. Nursalam, M. Nurs (Honours)

NIP: 140 238 226

PEMBIMBING

Sumiatun, ETN, SST, SPd

NIP: 140 072 197

Mengetahui :

Pj Dekan Sarjana Keperawatan

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Dr. Nursalam M.Nurs (Honours)

NIP. 140 238 226

**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI**

TELAH DIUJI

Pada tanggal : 19 Pebruari-2009

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Nursalam M.Nurs (Honours) (.....)  
NIP. 140 238 226

Anggota : 1.Sumiatun, ETN, SST, SPd (.....)  
NIP. 140 072 197

2. Hanik Endang Nihayati, SKep, Ners (.....)  
NIK. 139 040 678

Mengetahui :

Pj. Dekan Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Dr. Nursalam M.Nurs (Honours)

NIP. 140 238 226

**MOTTO**

**Hidup Adalah Ibadah dan Perawat Adalah Lahan  
Ibadahku**

(FIRMAN ALLOH)

*Lakukan segala sesuatu dengan IKHLAS, karena ALLOH awali  
dengan SENYUM, dan membaca BASMALAH.....  
Yakin bahwa ALLOHU AKBAR atas segala Makhluk. Amien.*

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan skripsi berjudul, “**Pengaruh *Discharge Planning* Terhadap Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien DHF Dan GE Selama Perawatan Di Ruang Tropik Infeksi Wanita**”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk meraih gelar sarjana Keperawatan pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersamaan ini perkenankanlah peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Dr. Slamet Riyadi Yuwono, DTM&H,MARS selaku direktur RSUD. Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan.
2. Dr.Nursalam M.Nurs (Hons), selaku Pj.Dekan Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan sekaligus selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan ilmu dan bimbingan sehingga penulis dapat menyempurnakan dan menyelesaikan skripsi ini.
3. Sumiatun, ETN, SST, SPd., selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan bantuan sehingga skripsi ini selesai tepat waktu.
4. Emmy Yuswati, SST., selaku kepala ruangan tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya yang telah memberikan izin, bantuan, fasilitas dan keleluasaan dalam keterlaksanaan dan kelancaran penelitian.
5. Perawat ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya (Ibu Nurul, Ibu Hima, Ibu Endang, Mbak Nenny, Mbak Fitri, Mbak Ervin), beserta para pegawai lainnya yang turut berkontribusi terhadap kelancaran penelitian ini.

6. Bpk Hendy, Bpk Udin, Bpk Rais dan segenap karyawan PSIK lainnya yang membantu kelancaran penyusunan skripsi ini.
7. Suami dan anak-anak tercinta (Hamidah, Izuddin dan Tsabita) , yang telah memberikan motivasi dan dukungan yang tiada henti sehingga skripsi ini dapat selesai tepat waktu.
8. Keluarga di Surabaya (ibu di Pagesangan dan mbah Yah ) terima kasih atas kasih sayang, doa, motivasi dan dukungan dalam membantu kelancaran penyusunan skripsi ini.
9. Teman-teman PSIK angkatan BX 2006 yang telah memberikan bantuan, kebersamaan dan motivasi sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
10. Teman-teman terbaikku, Bu Sumiati, bu Ria, bu Muzidah, dan bu Sulis yang telah rela mendengar keluh kesahku, memberikan motivasi, dukungan, dan doa yang tulus.
11. Semua pihak yang telah membantu penyelesaian skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan baik isi maupun penulisannya. Semoga hasil penelitian ini nantinya dapat bermanfaat bagi peneliti khususnya dan bagi para pembaca pada umumnya.

Surabaya, Pebruari 2009

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar .....	i
Lembar Pernyataan .....	ii
Lembar Pengesahan .....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji .....	iv
Motto .....	v
Ucapan Terima Kasih .....	vi
Daftar Isi.....	viii
Daftar Tabel .....	x
Daftar Lampiran.....	xi
Daftar Singkatan.....	xii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	6
1.4 Manfaat Penelitian .....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	6
1.4.2 Manfaat Praktis .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>7</b>
2.1 Konsep Keperawatan.....	7
2.1.1 Tujuan Pengobatan Dan Perawat.....	8
2.2 Model Asuhan Keperawatan Profesional .....	8
2.2.1 Pengertian .....	8
2.2.2 Metoda Asuhan Keperawatan.....	8
2.2.3 Dasar Pertimbangan Pemilihan MAKP .....	8
2.3 Konsep Dasar Discharge Planning.....	10
2.3.1 Pengertian.....	10
2.3.2 Tujuan.....	10
2.3.3 Manfaat.....	11
2.3.4 Prinsip-Prinsip Dalam Perencanaan Pulang.....	11
2.3.5 Komponen Perencanaan Pulang.....	12
2.3.6 Perencanaan Pulang Selama Dirawat Di Ruang tropik.....	13
2.3.7 Faktor-Faktor Yang Perlu Dikaji Dalam DP.....	17
2.3.8 Tindakan Keperawatan Pada Perencanaan Pulang.....	18
2.3.9 Jenis Pemulangan.....	18
2.3.10 Dokumentasi .....	19
2.3.11 Prosedur Perencanaan Pulang.....	19
2.4 Optimalisasi Pelayanan .....	20
2.5 Pendidikan Untuk Perawatan Diri .....	24
2.5.1 Otonomi , Nilai Diri Kesukarelaan.....	25
2.5.2 Pengobatan Atau Pendidikan Untuk Keperawatan .....	25
2.5.3 Konsep Motivasi.....	26



2.6 Konsep Perilaku.....	28
2.6.1 Perilaku Kepatuhan .....	29
2.6.2 Upaya Untuk Meningkatkan Kepatuhan.....	29
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....</b>	<b>31</b>
3.1 Kerangka Konseptual.....	31
3.2 Hipotesis Penelitian.....	33
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>34</b>
4.1 Rancangan Penelitian.....	34
4.2 Populasi,Sampel, Besar Sampel, dan Sampling.....	35
4.2.1 Populasi.....	35
4.2.2 Sampel.....	35
4.2.3 Besar Sampel.....	36
4.2.4 Sampling.....	37
4.3 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional.....	37
4.3.1 Definisi Operasional .....	38
4.4 Alat dan Bahan Penelitian .....	42
4.5 Instrumen Penelitian.....	42
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	43
4.7 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data.....	43
4.8 Kerangka Opeasional.....	45
4.9 Analisis Data.....	46
4.10Prosedur Penelitian.....	48
4.11Etik Penelitian.....	49
4.11.1 Surat Persetujuan ( <i>Informed Consent</i> ).....	49
4.11.2 Tanpa Nama ( <i>Anonimity</i> ).....	49
4.11.3 Kerahasiaan ( <i>Confidentiality</i> ).....	50
4.11.4 Keterbatasan.....	50
<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN .....</b>	<b>52</b>
5.1 Hasil Penelitian .....	52
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....	53
5.1.2 Data umum responden.....	55
5.1.3 Data khusus responden.....	60
5.2 Pembahasan.....	64
<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>73</b>
6.1 Kesimpulan.....	73
6.2 Saran.....	73
<b>Daftar Pustaka.....</b>	<b>75</b>
<b>Lampiran .....</b>	<b>78</b>

**DAFTAR TABEL**

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian .....	36
Tabel 4.2 Definisi Operasional .....	40
Tabel 5.1 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap Kepatuhan obat oral dan injeksi Selama pasien dirawat,kontrol- Perlakuan Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya .....	58
Tabel 5.2 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap Kepatuhan nutrisi DHF Selama pasien dirawatkontrol-,perlakuan di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari-5 Pebruari 2009.....	59
Tabel 5.3 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap Kepatuhan aktivitas DHF Selama pasien dirawat,kontrol- Perlakuan Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya15 Januari-5 Pebruari 2009.....	59
Tabel 5.4 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap Kepatuhan obat GE Selama pasien dirawat,kontrol- Perlakuan Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari-5 Pebruari 2009 .....	59
Tabel 5.5 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap Kepatuhan nutrisi GE Selama pasien dirawat,kontrol- Perlakuan Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari-5 Pebruari 2009 .....	60
Tabel 5.6 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap Kepatuhan aktifitas GE Selama pasien dirawat,kontrol- Perlakuan Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari-5 Pebruari 2009 .....	60
Tabel 5.7 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap Kepatuhan pengobatan(obat, nutrisi dan aktifitas) pada DHF Selama pasien dirawat,kontrol- Perlakuan Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari-5 Pebruari 2009.....	61
Tabel 5.8 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap Kepatuhan pengobatan(obat, nutrisi dan aktifitas) pada GE Selama pasien dirawat,kontrol- Perlakuan Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari-5 Pebruari 2009 .....	61
Tabel 5.9 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap Kepatuhan pengobatan pada observasi hasil trombosit DHF Selama pasien dirawat,kontrol- Perlakuan Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari-5 Pebruari 2009 .....	62
Tabel 5.10 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap ALOS pada observasi DHF Selama pasien dirawat,kontrol- Perlakuan Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari-5 Pebruari 2009 .....	63

Tabel 5.11 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap hasil lekosit pada observasi GE Selama pasien dirawat,kontrol- Perlakuan Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari-5 Pebruari 2009 .....	64
Tabel 5.12 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap hasil BUN pada observasi GE Selama pasien dirawat,kontrol- Perlakuan Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari-5 Pebruari 2009 .....	64
Tabel 5.13 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap hasil SC pada observasi GE Selama pasien dirawat,kontrol- Perlakuan Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari-5 Pebruari 2009 .....	65
Tabel 5.14 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap hasil Na pada observasi GE Selama pasien dirawat,kontrol- Perlakuan Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari-5 Pebruari 2009 .....	65
Tabel 5.15 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap hasil K pada observasi GE Selama pasien dirawat,kontrol- Perlakuan Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari-5 Pebruari 2009 .....	66
Tabel 5.16 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap ALOS pada observasi GE Selama pasien dirawat,kontrol- Perlakuan Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari-5 Pebruari 2009 .....	66

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1	Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa.....	55
Lampiran 2	Lembar Permohonan menjadi Responden .....	78
Lampiran 3	Lembar Persetujuan menjadi Responden Penelitian .....	79
Lampiran 4	Kuesioner DHF.....	80
Lampiran 5	Observasi perawat pada pasien DHF.....	82
Lampiran 6	Kuesioner pada pasien GE tentang kepatuhan pengobatan.....	83
Lampiran 7	Observasi perawat Pasien GE .....	85
Lampiran 8	SAP Pasien DHF .....	86
Lampiran 9	Materi DHF .....	89
Lampiran 10	SAP pasien GE .....	90
Lampiran 11	Materi GE .....	92
Lampiran 12	Protap pasien baru.....	94
Lampiran 13	Lembar penerimaan pasien baru.....	95
Lampiran 14	Kartu <i>Discharge Planning</i> .....	96
Lampiran 15	Leaflet.....	97
Lampiran 16	Tabulasi Hasil Penelitian.....	97
Lampiran 13	Hasil Uji Statistik .....	101

## **DAFTAR SINGKATAN**

<b>BOR</b>	: Bed Occupancy Rate
<b>ALOS</b>	: Average Length Of Stay
<b>KRS</b>	: Keluar Rumah Sakit
<b>DP</b>	: Discharge Planning
<b>LAB</b>	: Laboratorium
<b>DEPKES</b>	: Departemen Kesehatan
<b>DHF</b>	: Dengue Haemorrhagic Fever
<b>GE</b>	: Gastro Enteritis
<b>MAKP</b>	: Model Asuhan Keperawatan Profesional
<b>MRS</b>	: Masuk Rumah Sakit
<b>BUN</b>	: Blood Urea Nitrogen
<b>SC</b>	: Serum Creatinin

**ABSTRACT****THE EFFECT OF DISCHARGE PLANNING TO THE COMPLIANCE OF THERAPY ON DHF AND GE PATIENT DURING TREATMENT AT WOMAN TROPICAL WARD, DR SOETOMO HOSPITAL, SURABAYA****A Quasy-Experimental Study****By : Amirul Musrini**

Discharge planning is a nurses learning process of patients hospitalized in the hospital. Discharge planning includes all treatments given to the patients from the time of admission, during hospitalization, until the time of discharge. It disciplinary assessment of patient/family needs and coordination of care, services and referrals. Discharge. Discharge planning in the ward was done to 6 patients with DHF and 8 patients with GE, to evaluate the patients compliance to the treatments that included oral and injection medicine, nutrition and activities. Discharge planning implemented and simply given as more information. Observation that was done included the laboratory of thrombocyte count in DHF and leucocyte count, BUN, SC, Na and K measurements in pre and post test for patients with GE, and also ALOS of each patients with GE and DHF

The objective of this study was to identify the presence of the effect of discharge planning on medicine, nutrition and activities patients at woman tropical ward, Dr. Soetomo hospital, Surabaya. This study used quasy-experimental design. The population comprised 14 respondents, consisting of 7 respondents as treatment group, and other 7 respondents as control group, recruited using purposive sampling. Data were controlled using questionnaire, comprising demographic data, medicine, nutrition and activity. Data were analyzed by using Wilcoxon Signed Ranks, Mann Whitney Test and T Test with significance level of  $p \leq 0.05$ .

The result of this experiment showed that the effect of discharge planning to the compliance of therapy in DHF which is  $p = 0.025$  in treatment and  $p = 0.028$  in control. For GE the value of  $p = 0.027$ . This meant H1 was accepted implying that discharge planning have influenced the patients compliance to therapy. But if the medicine, nutrition and activities were separated, the result was insignificant. And this meant the components of therapy could not be separated and should be comprehensive.

Further study should be measured to the effect of discharge planning on patient safety in patients with tropical disease.

**Keywords:** *discharge planning application, medicine, nutrition and activities..*

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di Ruang Tropik Wanita RSU Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari- 5 Pebruari 2009.....	53
Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Ruang Tropik Wanita RSU Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari-5 Pebruari 2009.....	53
Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan di Ruang Tropik Wanita RSU Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari-5 Pebruari 2009.....	54
Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan status di Ruang Tropik Wanita RSU Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari-5 Pebruari 2009.....	54

**S K R I P S I**

**PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* TERHADAP KEPATUHAN  
PENGobatan PADA PASIEN DHF DAN GE SELAMA  
DIRAWAT DI RUANG TROPIK WANITA RSU DR. SOETOMO  
SURABAYA**

**PENELITIAN *QUASY - EXPERIMENTAL***

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.



**Oleh:**

**AMIRUL MUSRINI**  
**NIM : 010730428B**

**PROGRAM SARJANA KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2009**





## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Instansi rumah sakit merupakan suatu bentuk pelayanan publik yang harus memberikan pelayanan prima kepada semua pelanggan, yang bertujuan memberdayakan masyarakat bukan memperdayakan masyarakat, sehingga akan menumbuhkan kepercayaan publik kepada rumah sakit umum Dr. Soetomo (Sutopo& Adi,2003). Penyakit di ruangan Tropik infeksi wanita yang menular lewat nyamuk *Aidest Aigyty* adalah DHF dengan kebersihan lingkungan yang menjadi faktor penyebab antara lain digenangan air bersih ,bak kamar mandi yang tidak dikuras, sehingga dari kedua penyakit yang ada di ruang tropik Infeksi Wanita tersebut sangat diperlukan suatu model asuhan keperawatan yang profesional yang bisa memberi pendidikan kepada pasien secara komprehensif. Pendidikan kepada pasien ini bisa kita berikan dengan kita menerapkan *discharge planning* kepada pasien. *Discharge planning* merupakan salah satu metode dari model asuhan keperawatan profesional yang sangat diperlukan bagi pasien di ruangan mengingat ruang Tropik Infeksi Wanita merupakan 1) ruangan dengan penyakit menular 2) penyakit yang terdapat di kawasan Tropis khususnya Indonesia dengan iklim Tropis yang rawan terjangkit penyakit khususnya DHF dan GE 3) DHF dan GE merupakan penyakit yang bisa dicegah dengan kebersihan individu yang baik 4) ruang tropik infeksi wanita merupakan ruang dengan *turn over* yang cepat. Perencanaan pulang (*discharge planning*) merupakan bagian penting dari program keperawatan pasien yang dimulai segera setelah pasien MRS. *Discharge planning* merupakan komponen yang terkait

dengan rentang perawatan. Rentang perawatan disebut juga dengan perawatan yang berkelanjutan yang artinya perawatan yang selalu dibutuhkan pasien di manapun pasien berada. Di ruang tropik wanita *discharge planning* telah dilaksanakan tetapi belum optimal. *Discharge planning* yang telah dilaksanakan adalah ketika pasien baru datang diberikan penerimaan pasien baru yaitu tentang kelas perawatan, tata tertib ruangan, biaya perawatan yang diperlukan, penyakit yang diderita, tindakan yang akan dilakukan, perkenalan perawat, dokter yang merawat, perkiraan waktu yang diperlukan untuk perawatan (ALOS). *Discharge planning* juga diberikan ketika pasien mau pulang, dengan pemberian kartu *discharge planning*. Selama perawatan pasien belum diberikan *discharge planning* dengan dokumentasi yang baik, masih sebatas informasi lisan. Dengan informasi yang hanya lisan ini kadang sering terjadi salah persepsi antara perawat dan pasien maupun keluarga. *Discharge planning* selama perawatan, terutama tentang kepatuhan dalam pengobatan pada pasien DHF dan GE juga belum ada dokumentasinya. Persepsi yang ada selama ini, pada perawat ruang Tropik Infeksi Wanita bahwa *discharge planning* hanya diberikan ketika pasien mau pulang dengan kartu *discharge planning*.

Penyakit di Tropik Infeksi Wanita adalah sebagian besar akut dan tingkat rata-rata ketaatan minum obat dengan obat jangka pendek adalah 78 % (Sarafino, 1990). Taylor (1990) menyebut ketidaktaatan ini sebagai masalah medis yang berat, dan oleh karena itu sejak tahun 1960-an sudah mulai diteliti di negara-negara industri. La Greca dan Stone (1985) menyatakan bahwa mentaati rekomendasi pengobatan merupakan masalah yang sangat penting (Smet, 1994). Pada kasus di ruangan dengan penyakit yang kadang dianggap remeh

ini, minum obat kadang pasien menjadi malas ketika dirasa badan sudah mulai enak, misalnya pasien kadang jadi enggan minum obat ketika sudah tidak GE. Kejadian pada waktu peneliti dinas sore kami menemukan obat vitamin yang harusnya diminum jam 6 pagi tidak minum oleh pasien dan itu terjadi dua hari berturut-turut. Hal ini terjadi karena pasien merasa sudah sembuh sehingga tidak perlu minum obat. Pada pasien GE juga terjadi ketika sudah tidak GE pasien sering minta pulang padahal dari data DL lekosit pasien ini masih tinggi. Peranan perawat di dalam perilaku kepatuhan sering diremehkan sehingga harus diperbaiki komunikasi antar petugas kesehatan yang disertai dukungan sosial dari keluarga sebagai pendukung mutlak diperlukan (Taylor,1990,Sarafino,1990), (Ley,1992 yang dikutip oleh Smet,1994)

Pentingnya dilakukan *discharge planning* selama pengobatan adalah supaya tercapai ALOS sesuai harapan pasien yaitu pendek sehingga cepat pulang. Berdasarkan data di ruangan tropik infeksi wanita , pada 6 bulan terakhir ini mulai bulan Juli - Desember ini penyakit DHF dengan rata-rata ALOS 4 sampai 5 hari, dan GE dengan rata-rata tiap pasien ALOS 2 sampai 3 hari. Dari data ALOS tersebut penulis memandang sangat diperlukan adanya *discharge planning* ,sehingga kita bisa memberdayakan pasien dan keluarga sebagai edukator bagi lingkungannya. Karena tujuan dari perencanaan pulang adalah 1) menyiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis dan sosial, 2) meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga, 3) meningkatkan perawatan yang berkelanjutan pada pasien, 4) membantu rujukan pasien pada sistem pelayanan yang yang lain, 5) membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan, keterampilan dan siap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan

pasien,6) melaksanakan rentang perawatan antar rumah sakit dan masyarakat(Jipp&Siras,1986).

Menurut Supriyo(2006), kinerja perawat yang mempunyai pengetahuan yang baik menunjukkan peningkatan *discharge planning* pada pasien yang dirawat, serta sikap yang positif ditunjukkan perawat akan berdampak terhadap pelaksanaan penerapan *discharge planning* dalam memberi asuhan keperawatan, sehingga bukti layanan keperawatan akan memberikan citra yang baik pada rumah sakit di masa yang akan datang, serta terpenuhi kebutuhan perawatan berkesinambungan yang berdampak meminimalkan komplikasi yang terjadi. Menurut Fitand(2007) yang pernah mengadakan penelitian di ruang Tropik Infeksi Wanita menyebutkan bahwa *discharge planning* sangat berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap dan kepuasan pasien yang dirawat di ruang tropik wanita. Fenomena di atas menunjukkan sangat perlu *discharge planning* pada setiap pasien yang dirawat di ruang Tropik Infeksi Wanita. Khususnya *discharge planning* terhadap kepatuhan dalam pengobatan supaya meminimalkan komplikasi penyakit pada pasien sehingga ALOS pasien menjadi pendek yang pada akhirnya biaya pasien menginap bisa diperkecil. Berdasarkan data di atas penulis tertarik untuk mengadakan penelitian tentang pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan selama pasien dirawat di ruang tropik wanita pada pasien DHF dan GE .

Penerapan *discharge planning* merupakan solusi yang bisa diambil dari upaya meningkatkan kepatuhan pada pengobatan pada pasien DHF dan GE disertai dengan membangun komunikasi yang baik antara perawat , pasien dan petugas kesehatan yang lain agar masalah yang ada pada pasien ini bisa segera

diselesaikan. Komunikasi merupakan inti *Discharge planning* kepada pasien, dan merupakan kewajiban perawat bagi pasien terutama karena dengan perilaku *caring* dari perawat bisa menurunkan *stress hospitalisasi* pada pasien selama di rawat (Putra, 2005).

## **I.2 Rumusan Masalah**

Apakah ada pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien DHF dan GE selama dirawat diruang Tropik Infeksi Wanita RSUD Dr. Soetomo?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **I.3.1 Tujuan Umum**

Menganalisis pengaruh pelaksanaan *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien DHF dan GE selama pasien dirawat di ruang Tropik Infeksi Wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

### **I.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi kepatuhan sebelum dan sesudah pemberian *discharge planning* selama perawatan pada pasien DHF dan GE meliputi obat, nutrisi dan aktifitas.
2. Mengidentifikasi hasil laboratorium pasien selama dirawat dengan DHF dan GE.
5. Mengidentifikasi ALOS pasien selama dirawat dengan DHF dan GE.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

#### 1.4.1 Teoritis

*Discharge planning* sebagai salah satu metode MAKP yang merupakan pengembangan ilmu manajemen keperawatan yang berperan dalam memberikan pengaruh terhadap pasien pada awal MRS, selama MRS dan sebelum KRS supaya terjadi kepatuhan pada pengobatan.

#### 1.4.2 Praktis

Bagi ruang tropik infeksi wanita, penelitian ini diharapkan akan dapat dipergunakan untuk acuan perbaikan pelaksanaan dokumentasi *discharge planning* kepada pasien DHF dan GE selama perawatan di ruang Tropik Infeksi Wanita, terutama :

1. Terpenuhinya *pasien safety* karena kepatuhan pasien DHF dan GE pada pengobatan selama perawatan.
2. Kepatuhan pada pengobatan pada pasien DHF dan GE diharapkan bisa memperpendek lama rawat inap (ALOS).

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan dibahas tujuh konsep yang berkaitan dengan penelitian yang akan dilakukan yaitu: Konsep keperawatan, konsep MAKP, konsep dasar *discharge planning*, optimalisasi pelayanan, pendidikan untuk perawatan diri, konsep motivasi, konsep perilaku dan perilaku kepatuhan.

#### 2.1 Konsep Keperawatan

Menurut lokakarya keperawatan 1983 Perawatan adalah pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan berdasarkan Ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang menyeluruh ditujukan kepada individu, kelompok, dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Ali.Z, 2001: 11)

#### 2.1.2 Tujuan Pengobatan Dan Perawatan

UU No. 23. Tahun 1992 menyebutkan bahwa penyembuhan penyakit dilaksanakan oleh tenaga dokter dan perawat melalui kegiatan pengobatan dan atau keperawatan berdasarkan ilmu kedokteran dan atau ilmu keperawatan. Menurut Mitchel sasaran pelayanan keperawatan adalah membantu individu bereaksi secara positif dalam menghadapi kegiatan sehari-hari atau dalam menghadapi kematian yang berhubungan dengan penyakit. Lebih lanjut Mitchel sasaran pengobatan dan perawatan sebagai berikut: tujuan pengobatan adalah menentukan dan menyingkirkan penyebab penyakit atau mengubah problem penyakit dan penanganannya. Sedangkan tujuan perawatan adalah : 1) membantu pelaksanaan rencana pengobatan / terapi 2) membantu pasien bertahan hidup,



mencegah keadaan yang lebih buruk dan mengatasi kesulitan yang muncul akibat penyakit(A.Zaidin, 2001).

## **2.2 Model Asuhan Keperawatan Profesional**

### **2.2.1 Pengertian**

Sistem MAKP adalah suatu kerangka kerja yang mendefinisikan empat unsur yakni : standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan dan sistem MAKP (Nursalam,2007). Definisi tersebut berdasarkan prinsip-prinsip nilai yang diyakini , dan akan menentukan kualitas produksi atau jasa layanan keperawatan. Dalam penerapan MAKP dipengaruhi oleh beberapa faktor di antaranya adalah M1(Man), M2(Material), M3(Methode), M4(Money) dan M5 (Market) (Nursalam,2007).

### **2.2.2 Metoda Asuhan Keperawatan**

Aplikasi di lapangan Motode asuhan keperawatan ini terdiri dari :

- 1) Penerapan model MAKP.
- 2) Timbang terima.
- 3) Ronde keperawatan.
- 4) Pengelolaan sentralisasi obat.
- 5) Supervisi.
- 6) *Discharge planning*.
- 7) Dokumentasi keperawatan.

### **2.2.3 Dasar Pertimbangan Pemilihan MAKP**

Mc Laughin,Thomas dan Barterm(1995) mengidentifikasi 8 model pemberian asuhan keperawatan , tetapi model yang umum digunakan di rumah sakit adalah asuhan keperawatan total, keperawatan tim, dan keperawatan primer.

Tetapi setiap unit keperawatan mempunyai upaya untuk menyeleksi model untuk mengelola asuhan keperawatan berdasarkan kesesuaian antara ketenagaan , sarana dan prasarana serta kebijakan RS. Karena setiap perubahan akan berakibat suatu stress, maka perlu pertimbangan enam unsur utama dalam menentukan pemilihan metode pemberian asuhan keperawatan (Marquis & Huston,1998:143).

1. Sesuai dengan visi dan misi institusi

Dasar utama penentuan model pemberian asuhan keperawatan adalah harus didasarkan pada visi dan misi RS

2. Dapat diterapkannya proses keperawatan dalam asuhan keperawatan

Proses keperawatan merupakan unsur paling penting terhadap kesinambungan keperawatan pada pasien. Keberhasilan dalam asuhan keperawatan sangat ditentukan oleh pendekatan proses keperawatan

3. Efisien dan efektif penggunaan biaya

Setiap suatu perubahan, harus selalu mempertimbangkan biaya dan efektivitas dalam kelancaran pelaksanaannya. Bagaimanapun baiknya suatu model, tanpa ditunjang oleh biaya memadai , maka tidak akan didapat hasil yang sempurna

4. Terpenuhinya kepuasan klien, keluarga dan masyarakat

Tujuan akhir asuhan keperawatan adalah kepuasan pelanggan atau pasien terhadap asuhan yang diberikan oleh perawat. Oleh karena itu , model yang baik adalah model asuhan keperawatan yang dapat menunjang kepuasan pasien

5. Kepuasan kenerja perawat.

Kelancaran pelaksanaan suatu model sangat ditentukan oleh kinerja perawat dan motivasi. Model yang dipilih harus dapat meningkatkan kepuasan perawat, bukan justru menambah beban kerja dan frustrasi dalam pelaksanaannya.

6. Terlaksananya komunikasi yang adekuat antara perawat dan tim kesehatan lainnya. Komunikasi secara profesional sesuai dengan lingkup tanggung jawab merupakan dasar pertimbangan penentuan model. Model asuhan keperawatan diharapkan akan dapat meningkatkan hubungan interpersonal yang baik antara perawat dan tenaga kesehatan lainnya.

### **2.3 Konsep Dasar *Discharge Planning***

#### **2.3.1 Pengertian**

Perencanaan pulang merupakan suatu proses yang dinamis dan sistimatis dari penilaian, persiapan, serta koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan sesudah pulang (Carpenito,1999). Menurut Hurts(1990) perencanaan pulang merupakan proses yang dinamis, agar tim kesehatan mendapatkan kesempatan yang cukup untuk menyiapkan pasien melakukan perawatan mandiri di rumah. Perencanaan pulang didapatkan dari proses interaksi di mana perawat profesional, pasien dan keluarga berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur kontinuitas keperawatan yang diperlukan oleh pasien di mana perencanaan harus berpusat pada masalah pasien, yaitu pencegahan, terapeutik, rehabilitatif, serta perawatan rutin yang sebenarnya (Swenberg,2000).

#### **2.3.2 Tujuan**

Menurut Jipp dan Siras (1986) perencanaan pulang bertujuan:

1. Menyiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis dan sosial.
2. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga.
3. Meningkatkan perawatan yang berkelanjutan pada pasien.
4. Membantu rujukan pasien pada sistem pelayanan yang lain.
5. Membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien.
6. Melaksanakan rentang perawatan antar rumah sakit dan masyarakat.

Rorden dan Traft (1993) mengungkapkan bahwa perencanaan pulang bertujuan untuk:

1. Membantu pasien dan keluarga untuk dapat memahami permasalahan dan upaya pencegahan yang harus ditempuh sehingga dapat mengurangi angka kambuh dan penerimaan kembali di rumah sakit
2. Terjadi pertukaran informasi antara pasien sebagai penerima pelayanan dengan perawat dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit

### **2.3.3 Manfaat**

Menurut Spath(2003), perencanaan pulang mempunyai manfaat :

1. Dapat memberikan kesempatan untuk memperkuat pengajaran kepada pasien yang dimulai dari rumah sakit.
2. Dapat memberikan tindak lanjut yang 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 pasien dalam kesiapan melakukan perawatan rumah.

### **2.3.4 Prinsip-Prinsip Dalam Perencanaan Pulang**

Prinsip-prinsip dalam perencanaan pulang antara lain :

1. Pasien merupakan fokus dalam perencanaan pulang. Nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji dan dievaluasi.
2. Kebutuhan dari pasien diidentifikasi, kebutuhan ini dikaitkan dengan masalah yang mungkin timbul pada saat pasien pulang nanti, sehingga kemungkinan masalah yang timbul di rumah dapat segera diantisipasi.
3. Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif, perencanaan pulang merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim harus saling bekerja sama.
4. Perencanaan pulang disesuaikan dengan sumber daya dan fasilitas yang ada. Tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan dengan pengetahuan dari tenaga yang tersedia maupun fasilitas yang tersedia di masyarakat.
5. Perencanaan pulang dilakukan pada setiap sistem pelayanan kesehatan. Setiap klien masuk tatanan pelayanan maka perencanaan pulang harus dilakukan.

### **2.3.5 Komponen Perencanaan Pulang**

Menurut Jipp dan Sirass (1986) komponen perencanaan pulang terdiri dari

1. Perawatan di rumah.

Meliputi pemberian pengajaran atau pendidikan kesehatan (*health education*) mengenai diet, mobilisasi, waktu kontrol dan tempat kontrol. Pemberian pelajaran disesuaikan dengan tingkat pemahaman dan keluarga, mengenai perawatan selama selama pasien di rumah nanti.

2. Obat-obatan yang masih diminum dan jumlahnya.

Pada pasien yang akan pulang dijelaskan obat-obat yang masih diminum, dosis, cara pemberian dan waktu yang tepat minum obat.

3. Obat-obat yang dihentikan.

Meskipun ada obat-obatan yang tidak diminum lagi oleh pasien, obat-obat tersebut tetap dibawakan ke pasien.

4. Hasil pemeriksaan,

Hasil pemeriksaan luar sebelum MRS dan hasil pemeriksaan selama MRS dibawakan ke pasien waktu pulang surat - surat seperti : surat keterangan sakit, surat kontrol.

**2.3.6 Perencanaan Pulang (*Discharge planning*) selama dirawat Di Ruang Tropik Infeksi Wanita (lampiran 13):**

Awal MRS :

- 1) Perkenalan diri
- 2) Fasilitas ruangan
- 3) Dokter yang merawat
- 4) Perkenalan perawat
- 5) Peraturan RS
- 6) Tarif yang berlaku
- 7) Perkenalan dengan pasien yang lain
- 8) Penjelasan sistem sentralisasi obat

Selama MRS diberikan *discharge planning* selama perawatan :

- 1) Penjelasan tentang penyakit
- 2) Pemberian obat oral dan injeksi yang ada di ruang Tropik Infeksi Wanita

ORAL		INJEKSI	
4 x 1	12:00 18:00 24:00 06:00	4 x 1	12:00 18:00 24:00 06:00
3 x 1	12:00 20:00 04:00	3 x 1	12:00 20:00 04:00
2 x 1	18:00 06:00	2 x 1	18:00 06:00
1 x 1	06:00	1 x 1	06:00

Mengetahui Kepala Ruang  
Tropik Infeksi Wanita

Petugas UDD  
Farmasi

Hj.Emmy Yuswati,SST

Anindita

Gambar 2.1 Jadwal pemberian obat oral dan injeksi di ruang Tropik Infeksi Wanita RS Dr. Soetomo

- 3) Pemantauan nutrisi yang dikonsumsi
- 4) Aktifitas yang boleh dilakukan
- 5) Pemeriksaan laboratorium
- 6) Perkiraan ALOS

Sebelum KRS (kartu *discharge planning*)(lampiran 14):

- 1) Penjelasan tentang kontrol
- 2) Diet dirumah
- 3) Obat yang dibawa pulang
- 4) Aktivitas

Dokumentasi *Discharge planning* selama perawatan dengan DHF dan GE supaya terjadi kepatuhan selama pengobatan di ruangan :

## 1. Penyakit DHF

### a. Pemberian obat :

- 1) Pembagian obat dilakukan oleh perawat pada tiap jam pemberian dan dipastikan obat diminum pasien.
- 2) Minum Obat vitamin diberikan jam 18 dan 06.
- 3) Injeksi Ranitidine 2 x 150 mg/ ampul jam 18 dan 06.

**b. Nutrisi :**

- 1) Minum sehari 1,5-2 L/ hari atau 40-50 cc/ kg BB.
- 2) Makan dengan diit TKTP.
- 3) Diit lunak bagi yang masih panas suhu badannya.

**c. Aktifitas :**

- 1) Trombosit ( $\leq 50.000$  /ul) , bed rest total.
- 2) Trombosit 50.000-85.000 /ul, pakai kursi roda.
- 3) Trombosit 85.000 - 100.000 /ul dan sudah hari ke 5 dari demam, boleh jalan.

**d. Laboratorium :**

- 1) Trombosit tiap hari terjadi kenaikan.

**e. ALOS ( lama rawat inap ) :**

- 1) 4-7 hari.

**2. PENYAKIT GE :**

**a. Pemberian obat( obat sesuai dengan terapi dokter)**

- 1) Minum obat cotrimoxazol jam pemberian 18 dan 06 ( 2 x 960 mg).
- 2) Minum obat ciprofloxacin 2 x 500 mg jam 18 dan 06.
- 3) Minum attapulgit 3 x 2 tablet/ hari(3 x 1200 mg).
- 4) Minum Lodia 2 mg 3 x 1 tablet / hari.
- 5) Injeksi Ciprofloxacin drip 2 x 400 mg /hari( 2 x 2 botol).



- 6) Injeksi Ceftriaxon 2 x 1 gram / injeksi jam 18 dan 06( 2 x 1 vial).
- 7) Minum Metronidazol 3 x 500 mg tablet jam 12.20 dan 04.
- 8) Injeksi Metronidazol 3 x 500 mg drip jam 12.20 dan 04( 3 x 1 botol).
- 9) Minum Ranitidine 2 x 150 mg tablet /hari jam 18 dan 06.
- 10) Injeksi Ranitidine 2 x 1 ampul /hari jam 18 dan 06.

**b. Nutrisi :**

- 1) Minum oralit tiap kali habis diare.
- 2) Makan bubur bila diare masih profus.
- 3) Makan yang rendah serat selama diare.
- 4) Hindari susu kecuali susu entrasol yang khusus buat diare.
- 5) Makan pakai telur asin sebagai pengganti kalium(Daldiyono,1997).

**c. Aktifitas :**

- 1) Bila diare profus di tempat tidur lubang (*cholerae coat*) untuk BAB / BAK.
- 2) BAB / BAK di kamar mandi bila diare bisa ditahan dan jarang frekuensinya dan bisa pindah di tempat tidur biasa tanpa lubang.
- 3) Bila mandi sementara diseka dulu di tempat tidur.

**d. Laboratorium :**

- 1) Perbaikan hasil DL bila awal masuk terjadi lekositosis (berarti ada infeksi).
- 2) Peningkatan hasil Na- K bila terdapat muntah / diare profus,dan kram kaki.
- 2) Penurunan nilai BUN-SC bila terjadi peningkatan diawal MRS.

**e. ALOS ( Average Length of Stay):**

- 1) 3 – 4 hari.

### 2.3.7 Faktor-faktor yang perlu dikaji dalam *Discharge Planning*

Faktor-faktor yang perlu dikaji dalam *Discharge Planning* adalah :

1. Pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakit, terapi dan perawatan yang diperlukan,
2. Kebutuhan psikologis dan hubungan interpersonal di dalam keluarga,
3. Keinginan keluarga dan pasien menerima bantuan dan kemampuan mereka memberi asuhan,
4. Bantuan yang diperlukan pasien,
5. Pemenuhan kebutuhan aktivitas hidup sehari-hari seperti makan, minum, eliminasi, istirahat dan tidur, berpakaian, kebersihan diri, keamanan dari bahaya, komunikasi, keagamaan, rekreasi dan sekolah,
6. Sumber dan sistem pendukung yang ada di masyarakat,
7. Sumber finansial dan pekerjaan,
8. Fasilitas yang ada di rumah dan harapan pasien setelah dirawat,
9. Kebutuhan perawatan dan supervisi di rumah,

Menurut Neylor (2003) beberapa tindakan keperawatan yang dapat diberikan pada pasien sebelum pasien diperbolehkan pulang antara lain :

1. Pendidikan kesehatan; diharapkan bisa mengurangi angka kambuh atau komplikasi dan meningkatkan pengetahuan pasien serta keluarga tentang perawatan pasca operasi,
2. Program pulang bertahap; bertujuan untuk melatih pasien untuk kembali ke lingkungan keluarga dan masyarakat antara lain apa yang harus dilakukan pasien di rumah sakit dan apa yang harus dilakukan oleh keluarga,

3. Rujukan; integritas pelayanan kesehatan harus mempunyai hubungan langsung antara perawat komunitas atau praktik mandiri perawat dengan rumah sakit sehingga dapat mengetahui perkembangan pasien di rumah.

### **2.3.8 Tindakan Keperawatan Pada Waktu Perencanaan Pulang**

Menurut Youssef (1987), tindakan keperawatan yang diberikan pada waktu perencanaan pulang :

1. Pendidikan (edukasi, redukasi, reorientasi)

Pendidikan kesehatan diharapkan bisa mengurangi angka kambuh dan meningkatkan kekambuhan pasien. Program pendidikan yang biasa dilakukan adalah :

- a) Keterampilan khusus : *Activity Daily Living*, identifikasi masalah, gejala, pemecahan masalah yang timbul dalam kaitannya dengan perawatan di rumah
- b) Keterampilan umum : komunikasi, pengelolaan kebutuhan eliminasi motorik, pengelolaan emosi yang konstruktif, relaksasi, manajemen stres.

2. Program pulang bertahap

Bertujuan untuk melatih pasien kembali ke lingkungan keluarga dan masyarakat antara lain apa yang harus dilakukan keluarga

3. Rujukan

Integritas pelayanan kesehatan harus mempunyai hubungan langsung antara perawat komunitas dengan rumah sakit, sehingga dapat mengetahui perkembangan pasien di rumah.

### **2.3.9 Jenis Pemulangan**

Chesca (1982) , mengklasifikasikan jenis pemulangan pasien sebagai berikut :

1. *Conditioning discharge* (pulang sementara atau cuti), keadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi pasien baik dan tidak terdapat komplikasi. Pasien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau Puskesmas terdekat
2. *Absolute discharge* (pulang mutlak atau selamanya), cara ini merupakan akhir dari hubungan pasien dengan rumah sakit. Namun apabila pasien perlu dirawat kembali, maka prosedur perawatan dapat dilakukan kembali.
3. *Judical discharge* (pulang paksa), kondisi ini pasien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang, tetapi pasien harus dipantau dengan melakukan kerjasama dengan perawat Puskesmas terdekat.

### **2.3.10 Dokumentasi**

Menurut Iyer dan Camp (2005), sebuah format yang memuat petunjuk yang mengingatkan pemberi pelayanan kesehatan yang mengimplementasikan dan mendokumentasikan perencanaan pemulangan merupakan hal yang sangat membantu. Perencanaan pemulangan sering dicantumkan dalam format terpisah dalam rekam medis, format ini biasanya berisi hal-hal berikut :

1. Pengkajian awal terhadap kebutuhan perencanaan pulang.
2. Usaha untuk menempatkan pasien pada fasilitas yang tepat agar mendapatkan perawatan yang kontinyu atau untuk mengatur pasien agar mendapatkan perawatan di rumah sesuai kebutuhan.

### **2.3.11 Prosedur Perencanaan Pulang**

**Persiapan:**

1. Karu melihat persiapan untuk *discharge planning* pada perawat primer.
2. Perawat primer menunjukkan kelengkapan untuk *discharge planning* (kartu, leaflet, resume) serta menyebutkan hal – hal yang perlu diajarkan pada klien dan keluarga.

**Pelaksanaan :**

1. Kepala ruangan membuka acara *discharge planning*,
2. Perawat primer mengucapkan salam,
3. Perawat primer menyampaikan pendidikan kesehatan tentang: tanggal dan tempat kontrol, makanan, obat yang diminum, perawatan luka, aktivitas, serta hal – hal khusus lain,
4. Perawat primer memberikan kesempatan pada perawat assosiate untuk memberikan ,
5. Perawat primer memberikan kesempatan pada klien dan keluarga untuk bertanya serta melakukan evaluasi tentang hal – hal yang telah disampaikan,
6. Perawat primer melakukan pendokumentasian.

**Penutup :**

Karu memberikan reward kepada perawat primer dan perawat *assosiate*

**2.4 Optimalisasi Pelayanan**

Pelayanan rumah sakit haruslah menggunakan prinsip optimalisasi yang antara lain dengan menggunakan teknologi tepat guna dan model asuhan keperawatan yang terbaik untuk pasien. Banyaknya peralatan canggih tidak menjamin adanya pelayanan yang baik. Manajemen rumah sakit harus melindungi pasien dari pemborosan, penggunaan diagnostik yang tidak diperlukan bagi

kepentingannya. Manajemen keperawatan lebih banyak mengatur pelaksanaan keperawatan. Pelayanan keperawatan memegang peranan penting dalam menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Perawatan menekankan bahwa individu berhak dan bertanggung jawab atas kesehatannya sendiri. Pelayanan keperawatan adalah bantuan yang diberikan kepada individu yang sedang sakit untuk dapat memenuhi kebutuhannya sebagai makhluk hidup dan beradaptasi terhadap stressor dengan menggunakan potensi yang tersedia pada individu itu sendiri. Apabila kebutuhan pokok terpenuhi dan kemampuan adaptasi terhadap stres baik, maka individu akan dalam keadaan sehat(Darmanto,1997).

Fungsi rumah sakit adalah untuk :

- 1) Menyediakan dan menyelenggarakan pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pencegahan dan peningkatan kesehatan.
- 2) Tempat pendidikan dan latihan tenaga medik serta tenaga kesehatan paramedik.
- 3) Sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan (Wijono,1997).

Optimalisasi pelayanan adalah upaya untuk memenuhi hak-hak pasien dengan semaksimal mungkin.

Hak-hak pasien adalah :

- 1) Pasien berhak menerima perawatan yang diberikan kepadanya dengan penuh sopan dan penuh perhatian
- 2) Pasien berhak menerima keterangan lengkap dan jelas dari dokternya mengenai diagnosis, perawatan, dan prognosisnya melalui istilah yang mudah ditangkap oleh pasien dan dimengerti oleh pasien. Bila kesehatan pasien tidak

memungkinkan dia untuk memperoleh keterangan secara langsung, keterangan tersebut harus disampaikan kepada orang yang mewakili pasien. Pasien berhak mengetahui nama dokter yang memimpin perawatannya.

- 3) Pasien berhak mendapat keterangan yang jelas sebelum ia diminta menyetujui suatu prosedur atau perawatan lain. Kecuali dalam kagawatan, pasien harus menerima keterangan yang terinci mengenai resiko yang dihadapi dan berapa lama ia harus dirawat sebelum pulih kembali. Pasien juga berhak mendapat keterangan mengenai alternatif perawatan. Pasien juga berhak mengetahui nama orang yang akan melaksanakan perawatan atau tindakan tersebut.
- 4) Pasien berhak menolak perawatan atau tindakan sesuai dengan hukum yang berlaku dan harus diberi tahu mengenai akibat medis dari penolakan ini.
- 5) Keterangan medis mengenai pasien bersifat sangat pribadi. Diskusikan, konsultasi, pemeriksaan dan perawatan harus dilaksanakan dengan merahasiakan keterangan mengenai pasien ini, sehingga orang lain yang tidak berkepentingan tidak akan mengetahuinya. Pasien harus memberi izin sebelum orang yang tak berhubungan langsung dengan perawatan dan keadaan dirinya.
- 6) Pasien berhak menerima jaminan bahwa semua dokumen yang berhubungan dengan perawatannya akan dianggap sangat pribadi dan tidak dapat diberikan kepada orang yang tak berkepentingan.
- 7) Pasien berhak atas pelayanan yang sebaik-baiknya dan permintaannya yang dapat dipenuhi harus dipenuhi. Bila diperlukan, pasien dapat dipindahkan ke lembaga medis atau rumah sakit yang lain, tetapi sebelum ini dilaksanakan

pasien harus memahami alasan dan dipertimbangkan atas keputusan ini.

Pasien juga harus diijinkan masuk rumah sakit atau lembaga medis yang lain.

- 8) Pasien berhak menerima keterangan mengenai hubungan rumah sakit tempat ia berada dengan lembaga medis lain yang terlibat dalam perawatannya. Pasien berhak mengetahui hubungan profesional di antara dokter dan orang lain yang memberikan perawatan.
- 9) Pasien berhak diberitahu bila rumah sakit tempat ia berada mengadakan penelitian -penelitian yang melibatkan pasien. Pasien berhak menolak ikut program penelitian ini.
- 10) Pasien berhak memperoleh jaminan bahwa perawatan yang ia terima tak akan terputus, tetapi akan berlangsung dengan lancar. Pasien berhak mengetahui mengenai jadwal dokter dan kapan dokter dapat ditemui. Pasien berhak mendapat keterangan mengenai tindak lanjut mengenai perawatan setelah dia pulang dari rumah sakit.
- 11) Pasien berhak melihat perincian biaya perawatan rumah sakit ,meskipun bukan ia sendiri yang akan mengatur pembayarannya.
- 12) Pasien berhak mendapat keterangan mengenai segala peraturan rumah sakit yang berlaku dan berhubungan dengan pasien(Djojodibroto RD, 1997).

Kewajiban pasien adalah :

- 1) Pasien dan keluarganya berkewajiban untuk menaati segala peraturan dan tata tertib rumah sakit.
- 2) Pasien berkewajiban untuk mematuhi segala instruksi dokter dan perawat dalam pengobatannya.



- 3) Pasien berkewajiban memberikan informasi dengan jujur dan selengkapny tentang penyakit yang diderita kepada dokter yang merawat.
- 4) Pasien dan atau penanggungnya berkewajiban untuk melunasi semua imbalan atas jasa pelayanan rumah sakit / dokter.
- 5) Pasien dan atau penanggungnya berkewajiban memenuhi hal-hal yang telah disepakati / perjanjian yang telah dibuatnya.

## **2.5 Pendidikan Untuk Perawatan Diri**

Orem menggunakan istilah perawatan personal yang dilakukan oleh seseorang pada kebiasaan mereka sendiri untuk merawat kesehatan dan kesejahteraan(Orem,1991).Agar perawatan kesehatan dapat dipertahankan, kadang perlu untuk memodifikasi sifat dari perawatan agar pasien dapat beradaptasi dengan perubahan pada tingkat kesehatannya, kondisis lingkungan, atau pengaruh dari perawatan medis. Perawatan diri pertama-tama mengharuskan pasien diberikan informasi yang berkenaan dengan praktik perawatan diri dan , kedua baik pasien maupun perawat menyetujui tujuan dari perawatan diri tersebut. Bila seseorang masuk rumah sakit atau bagian apapun dari sistem perawatan kesehatan, ia membawa bersamanya paket unik yang berisi pengalaman, gaya hidupnya, termasuk keluarganya, pendidikan, pekerjaan, perilaku, prasangka, seperti halnya kemampuan memecahkan masalah serta kemampuan perawatan diri. Pendidikan perawatan diri bekerja berdasarkan perubahan tingkah laku yang berkenaan dengan kesehatan harus diletakkan pada keadaan pasien tersebut (termasuk pengetahuan, gaya hidup dan status kesehatan). Baker dan Pearson(1993) mengatakan bahwa mengajarkan perawatan diri pada pasien membutuhkan keterampilan yang tumbuh dalam hubungan personal yang dekat

dengan baik pasien maupun perawat, yang sejajar dan saling menguntungkan, dan perawatan pasien merupakan tujuan yang utama (Basford Lynn, et al, 2006, hal 419).

### **2.5.1 Otonomi, Nilai Diri dan Kesukarelaan**

Meskipun perawat dituntut untuk memberikan informasi peningkatan kesehatan kepada pasien, tugas ini tidak seharusnya dipisahkan dari konsep profesional lainnya seperti akuntabilitas dan nilai diri, yang dipengaruhi oleh nilai seseorang menempatkan sehat dan sakit. Sebagai konsekuensinya, program pendidikan kesehatan juga berfokus untuk meyakinkan individu, kelompok, serta masyarakat terhadap nilai dari kesehatan. Para perawat diharapkan untuk membela hak pasien guna mendapatkan penghormatan dan martabat. Meskipun pendidikan pada pasien diharapkan dapat memfasilitasi perubahan tingkah laku, perawat harus memastikan bahwa pemaksaan atau manipulasi apapun tidak boleh digunakan untuk menghasilkan perubahan tersebut (Birch, 1986, Minkler, 1978). Untuk menjalankan tujuan ini Mc. Kenna memperkenalkan istilah kesukarelaan untuk menekankan tingkatan yang dapat diharapkan oleh perawat dari pasien untuk mematuhi informasi yang telah diberikan (McKenna, 1993). Beauchamp dan Childress (dikutip dalam McKenna, 1993) mendefinisikan kesukarelaan sebagai : kemampuan untuk memilih tujuan sendiri, dan untuk memilih di antara beberapa tujuan tanpa dipengaruhi atau dipaksa memilih yang lain oleh orang lain atau institusi.

### **2.5.2 Pengobatan Atau Pendidikan Untuk Keperawatan**

Meningginya biaya pemberian pelayanan kesehatan, pengobatan serta meningkatnya teknologi telah mempengaruhi kebijakan pemerintah pada

pelayanan yang lebih berorientasi pada perawatan. Dalam hal tujuan dan intervensi keperawatan, perbedaan antara pengobatan dan perawatan sangat menyolok. Pengobatan bersifat menyembuhkan atau melawan penyakit dan tujuan bagi pasien adalah sembuh dengan sempurna atau penyakit tidak ditemukan lagi. Sedangkan perawatan mengandalkan penyembuhan yang cenderung meringankan dengan menekankan pada mengurangi, menghilangkan, atau menekan gejala melalui program pendidikan perawatan diri untuk membantu pasien menangani kondisinya (Basford Lynn, 2006:419-420). Sehingga dalam perkembangan nanti amat dibutuhkan perawat yang berfungsi sebagai promotor kesehatan dalam masyarakat terutama dalam fungsi untuk pencegahan primer yang berfokus pada 1) promosi kesehatan dan 2) perlindungan terhadap masalah kesehatan khusus. Pencegahan sekunder berfokus pada identifikasi dini masalah kesehatan dan intervensi tepat untuk menangani masalah kesehatan. Pencegahan tersier berfokus pada pemulihan dan rehabilitasi ke tingkat fungsi optimal (Blais K.K, 2006:173).

### **2.5.3 Konsep Motivasi**

Motivasi adalah konsep yang menggambarkan baik kondisi ekstrinsik yang merangsang perilaku tertentu, dan respon intrinsik yang menampakkan perilaku manusia. Respon intrinsik ditopang oleh sumber energi. Yang disebut "motif" sering dijelaskan hal itu sebagai kebutuhan, keinginan, atau dorongan semua manusia hidup mempunyai motivasi. Motivasi diukur dengan perilaku yang dapat diobservasi dan dicatat. Kekurangan dalam kebutuhan merangsang manusia untuk mencari dan mencapai tujuan untuk memenuhi kebutuhan mereka (Swansberg, Russel C, 2000:282).

Pengertian motivasi adalah karakteristik psikologis manusia yang memberi kontribusi pada tingkat komitmen seseorang. Hal ini termasuk faktor-faktor yang menyebabkan, menyalurkan, dan mempertahankan tingkah laku manusia dalam arah tekad tertentu (Stoner dan Frerman, 1995:134).

Empat teori proses motivasi adalah teori penguatan, teori harapan, teori keadilan dan menyusun tujuan. Kebanyakan perilaku dalam organisasi adalah perilaku yang dipelajari: persepsi, sikap, tujuan, reaksi emosional, dan keterampilan. Praktik yang terjadi selama proses belajar mengakibatkan perubahan relatif abadi dalam perilaku. Skinner memperluas teori proses motivasi yang disebut "operant" terkondisi. Belajar terjadi sebagai konsekuensi dari perilaku. Ini juga disebut modifikasi perilaku. Perilaku adalah *operant* dan dikontrol oleh perubahan konsekuensi dan penguatan atau hukuman (teori penguatan). Teori proses kedua dari motivasi adalah teori harapan dari Vroom. Teori ini menyatakan bahwa kebanyakan tingkah laku dikontrol secara sukarela oleh seseorang, oleh karena itu termotivasi. Teori keadilan adalah teori proses yang ketiga. Orang percaya bahwa mereka diperlakukan dengan adil apabila rasio dari upaya mereka dibanding penghargaan yang diterima sama dengan yang lainnya. Keadilan dapat dicapai dengan mengubah hasil, sikap, narasumber, masukan atau keluaran dari narasumber, atau situasinya. Teori proses yang keempat dari motivasi adalah teori menentukan tujuan dari Locke. Teori ini didasari oleh tujuan sebagai faktor yang menentukan dari perilaku. Makin spesifik tujuan akan makin baik hasil yang diproduksi. Penelitian mengatakan bahwa tujuan adalah kekuatan yang dahsyat. Tujuan itu harus dapat dicapai. Tingkat kesukaran dari pencapaian tujuan akan makin bertambah hanya apabila orang -

orang melakukan pembatasan. Kejelasan tujuan dan umpan balik yang akurat akan meningkatkan rasa aman (Swansburg, Russel C, 2000:284).

Tenaga penggerak yang bersumber dari dalam diri manusia ini dinamakan motivasi intrinsik atau dalam istilah lain disebut motivasi proaktif, sedangkan yang berasal dari luar dinamakan motivasi ekstrinsik, atau disebut motivasi reaktif. Kedua tenaga ini dibangkitkan oleh emosi. Motivasi ini bekerja seperti arus listrik yang mengalirkan energi ke dalam baterai, di mana sumbernya adalah listrik dari emosi (Susilo W, 2003:56).

## 2.6 Konsep Perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

1. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dari dalam arti mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu,
2. *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus,
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang) baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi,
4. *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru,
5. *Adoption*, subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus. Apabila penerimaan perilaku baru atau perilaku melalui proses seperti didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*).

Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Atmojo NS, 2003:122).

### 2.6.1 Perilaku Kepatuhan

Definisi : tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh yang lain (Sarafino, 1990).

### 2.6.2 Upaya Untuk Meningkatkan Kepatuhan

Berbagai upaya untuk meningkatkan kepatuhan seperti misalnya meningkatkan ketrampilan komunikasi para perawat, memberikan informasi yang jelas pada pasien mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatan, keterlibatan lingkungan sosial (misal keluarga), dan beberapa pendekatan perilaku.

Menurut Taylor (1990); Sarafino (1990), dan Ley (1992) yang dikutip oleh Smet (1994:259) menyatakan bahwa peranan para ahli didalam perilaku kepatuhan sering diremehkan. Salah satu strategi untuk meningkatkan kepatuhan adalah memperbaiki komunikasi antara perawat dengan pasien. Dengan adanya komunikasi pasien bisa mendapatkan informasi sehingga pasien mempunyai **koping yang positif** sehingga meningkatkan perilaku kepatuhan pada pengobatan baik selama dirawat maupun setelah pasien KRS , sehingga diharapkan pasien bisa menjadi edukator bagi lingkungannya.

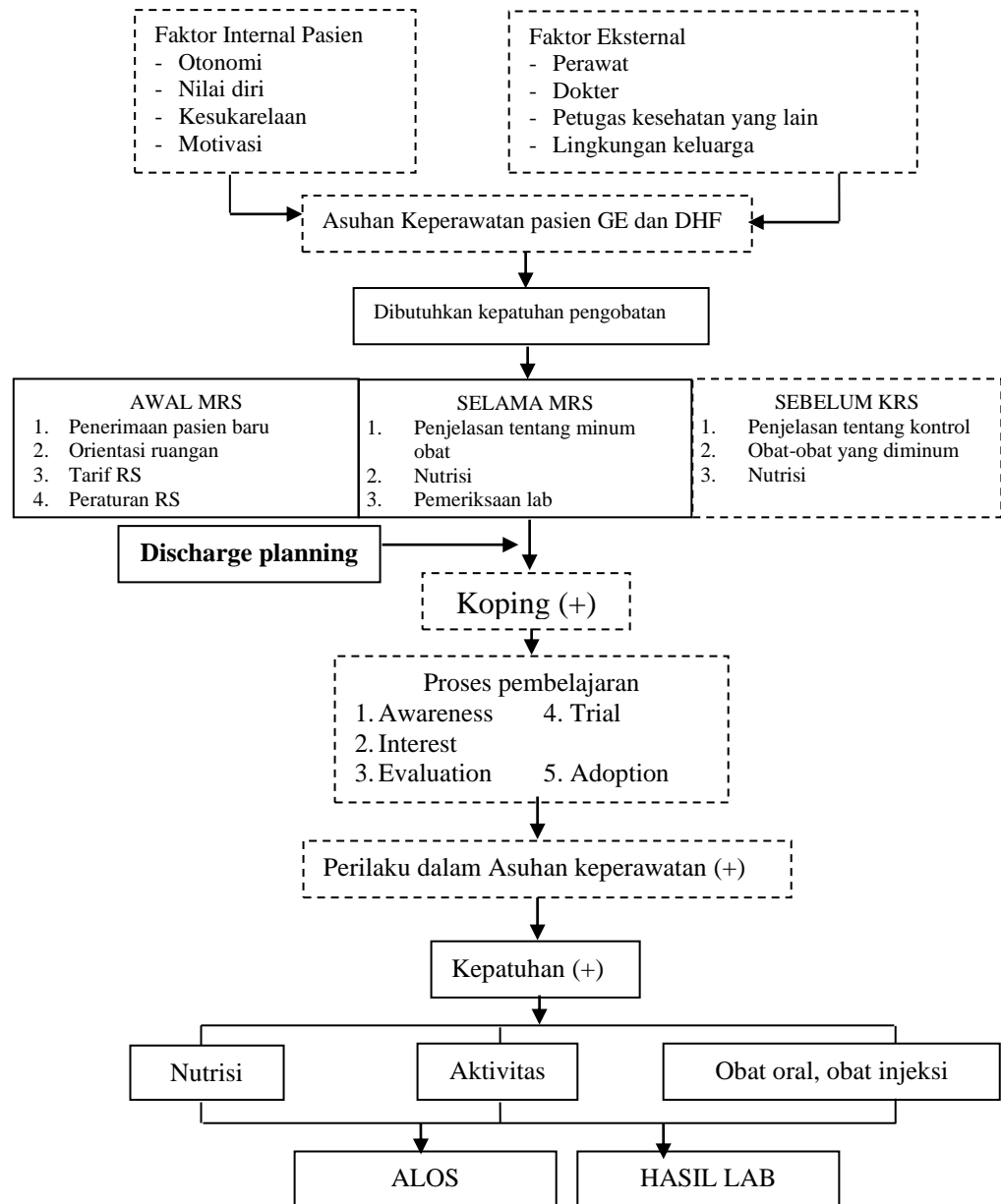
Dukungan sosial juga menjadi faktor penting yang mempengaruhi kepatuhan, tenaga kesehatan baik dokter maupun perawat, juga tenaga kesehatan lain termasuk ahli gizi seharusnya juga mempertinggi dukungan social sehingga pasien merasa nyaman dan aman selama dirawat di rumah sakit. Jika perawat dapat memperoleh jalan masuk ke keluarga pasien, ketidakpatuhan bisa jauh lagi

dikurangi. Riset menunjukkan bahwa kerjasama antara anggota keluarga diperoleh, kepatuhan menjadi lebih tinggi (Taylor,1991). Lebih lanjut banyak pendekatan perilaku yang telah dicoba untuk kelompok pasien yang berbeda ( Sarafino, 1990;Taylor, 1990).

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**3.1 Kerangka Konseptual**



Keterangan :  
 [Solid Box] : variabel yang diteliti  
 [Dashed Box] : variabel yang tidak diteliti

**Gambar 3.1.** Kerangka Konseptual Pengaruh *Discharge Planning* (perencanaan pulang) terhadap kepatuhan pengobatan selama dirawat di ruang tropik infeksi wanita.



Penjelasan kerangka konseptual :

Asuhan keperawatan pada pasien sangat dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal yang meliputi faktor internal adalah otonomi, nilai diri dan kesukarelaan yaitu bahwa perilaku sehat amat dipengaruhi oleh nilai seseorang menempatkan persepsi tentang sehat dan sakit pada otonomi dirinya sendiri. Sehingga pendidikan kesehatan yang diberikan perawat kepada pasien bukan atas pemaksaan atau manipulasi dari perawat, untuk menjalankan tujuan ini. Sedangkan faktor eksternal meliputi perawat, dokter, petugas kesehatan yang lain meliputi petugas gizi, radiografi dan dukungan sosial keluarga merupakan suatu kebutuhan pasien. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien Tropic Infeksi Wanita dengan penyakit DHF dan GE dibutuhkan kepatuhan kepada pengobatan sehingga perlu diberikan *discharge planning* yaitu ketika awal MRS, diberikan orientasi pasien baru tentang Fasilitas RS, tarif, perkenalan dengan pasien lain maupun peraturan yang ada di RS. Selama masa MRS diberikan tentang jadwal minum obat, nutrisi dan aktifitas yang bisa dilakukan ketika masa MRS. Demikian juga tentang perkiraan lama dirawat selalu kita informasikan berdasarkan perkembangan dari hasil laboratorium yang selalu kita sampaikan. Sebelum KRS pasien juga kita kasih kartu *discharge planning* yang berisi jadwal kontrol, obat yang masih diteruskan, dan diet bila masih diperlukan. Proses pembelajaran pada pasien kita melalui suatu proses yaitu *awareness, interested, evaluasi, trial dan adoption* .

Atas kerjasama antara pasien, keluarga dan perawat serta dokter diharapkan proses pembelajaran perilaku ini bisa menjadi coping yang positif bagi pasien sehingga perilaku dalam kepatuhan pengobatan menjadi positif dalam

arti mau menerima dan melaksanakan dengan ditunjukkan pada kepatuhan dalam mengkonsumsi nutrisi, beraktifitas sesuai anjuran, dan bersedia diperiksa laboratoriumnya sesuai kebutuhan dengan demikian perkiraan lama perawatan (ALOS) bisa selalu diinformasikan berdasarkan hasil laborat.

### **3.2 Hipotesis Penelitian**

- H 1 : Ada pengaruh antara pelaksanaan *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan mulai awal MRS dan selama pasien dirawat di ruang tropik wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- HO : Tidak ada pengaruh antara pelaksanaan *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan mulai awal MRS dan selama pasien dirawat di ruang tropik wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara memecahkan masalah menurut metode keilmuan (Nurssalam, 2000 ). Metode yang digunakan dalam penelitian ini dapat diuraikan sebagai berikut :

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian yang memungkinkan pemaksimalan kontrol beberapa faktor yang bisa mempengaruhi akurasi suatu hasil(Nursalam,2008). Dalam penelitian ini metode penelitian yang digunakan adalah *Quasy Experiment post test only control group design* artinya satu kelompok dilakukan intervensi sesuai dengan metode yang dikehendaki ,kelompok lainnya dilakukan seperti biasanya (Patricia Ann D, Arthur D.D,2002). Untuk mengetahui pengaruh pelaksanaan *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan selama dirawat di ruang tropik infeksi wanita RSUD. Dr. Soetomo Surabaya. Dilakukan uji statistic *man whitney U test* dengan tingkat kemaknaan  $p \leq 0,5$  dimana  $H_0$  artinya ditolak bila nilai p lebih besar dari sama dengan 0,05 dan  $H_1$  artinya diterima bila nilai p kurang dari atau sama dengan 0,05 artinya ada pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan selama dirawat di ruang tropik infeksi wanita RSUD. Dr. Soetomo Surabaya. Sedangkan untuk hasil laboratorium dan ALOS dilakukan uji T test Pengujian dilakukan dengan komputerisasi melalui program SPSS 15 *for windows* yang diharapkan dapat menghasilkan data yang valid dan dapat dipertanggungjawabkan.

Adapun rancangan penelitian ini adalah :

Subyek	Pra	Perlakuan	Post
K-A	O	1	O1 - A
K- B	O	-	O1 - B
	Time - 1	Time - 2	Time - 3

Tabel 4.1. Desain penelitian Quasy Experiment

K-A : subyek perlakuan

K-B : subyek kontrol

O : observasi sebelum *discharge planning* selama MRS

I : intervensi setelah *discharge planning* (kelompok perlakuan dan - kelompok kontrol)

OI(A+B) : observasi setelah *discharge planning* ( kelompok perlakuan dan kelompok kontrol )

#### 4.1.1 Populasi, Sampel , Besar Sampel, dan Sampling

##### 4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari suatu variabel yang menyangkut masalah yang diteliti (Nursalam,2008). Populasi dalam penelitian ini berjumlah 15 orang adalah pasien dan keluarga pasien yang rawat inap di ruang tropik infeksi wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

##### 4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang dianggap teliti dan mewakili seluruh populasi (Notoatmojo,2003). Kriteria inklusi adalah kriteria di mana subyek penelitian dapat mewakili dalam sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel. Sedangkan kriteria eksklusi adalah kriteria

di mana subyek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian seperti hambatan etis, menolak menjadi responden atau suatu keadaan yang tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian (Azis,2003).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien baru yang masuk diruang tropik infeksi wanita,
- 2) Pasien dengan usia 20 tahun sampai dengan 60 tahun,
- 3) Tidak ada gangguan jiwa atau gangguan kesadaran,
- 4) Bersedia menjadi responden,
- 5) Pasien kooperatif.
- 6) Pasien DHF Gr I dan II.
- 7) Pasien GE tanpa komplikasi.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien dengan penyakit DHF dan GE dengan komplikasi yang dirawat di ruang Tropik Infeksi Wanita.

#### **4.2.3 Besar Sampel**

Besar sampel adalah banyaknya anggota yang akan dijadikan sampel yang memenuhi syarat yang telah ditentukan oleh penelitian (Chandra,1995). Adapun besar sampel yang diambil adalah 14 responden pasien dan keluarga pasien yang rawat inap di ruang tropik infeksi wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Sedangkan rumus penentuan besar sampel adalah sebagai berikut(Nursalam,2003)

Jika besar populasi  $< 1000$  maka:

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan :

$n$  = jumlah sampel

$N$  = jumlah populasi

$d$  = tingkat signifikansi ( $p$ ) (0,05)

jumlah sampel adalah :

$$n = \frac{15}{1 + 15 (0.05)^2} = 14$$

Jadi perkiraan besar sampel adalah 14 pasien.

#### 4.2.4 Sampling

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi. Sampling dalam penelitian ini menggunakan *non probability tipe purposive sampling*, di mana pengambilan sample secara *purposive* didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmojo, 2002).

### 4.3 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh suatu penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu (Notoatmojo, 2002).

#### 4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah pelaksanaan *discharge planning* mulai awal MRS, selama dirawat diruangan dan sebelum KRS.

### 4.3.2 Variabel Dependen

Definisi variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini variabel dependen adalah kepatuhan pengobatan selama pasien rawat inap di ruang tropik infeksi wanita.

### 4.3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut, karakteristik yang diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional (Nursalam, 2008).

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Instrumen	Skala	Skor
Independen <i>discharge planning</i>	Pelayanan perawatan yang bertujuan memberikan informasi dan pembelajaran terhadap pasien / keluarga mulai dari awal MRS, selama MRS dan sebelum KRS	<p>Awal MRS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Diberikan perkenalan</li> <li>2) Fasilitas ruangan,</li> <li>3) Dokter yang merawat,</li> <li>4) Perkenalan perawat,</li> <li>5) Peraturan RS,</li> <li>6) Tarif yang berlaku</li> <li>7) Perkenalan dengan pasien yang lain.</li> <li>8) Penjelasan sistem sentralisasi obat.</li> </ol> <p>Selama MRS :</p> <p>Diberikan dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penjelasan tentang penyakit,</li> <li>2) Pemantuan jadwal minum obat</li> <li>3) Pemantauan nutrisi yang dikonsumsi,</li> <li>4) Aktifitas yang boleh dilakukan,</li> <li>5) Pemeriksaan laboratorium</li> <li>6) Perkiraan ALOS</li> </ol>	SAP		

		<p>Sebelum KRS( kartu <i>discharge planning</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penjelasan tentang kontrol,</li> <li>2) Diet di rumah,</li> <li>3) Obat yang dibawa pulang.</li> </ol>			
<p>Dependen</p> <p>Kepatuhan pada pengobatan selama MRS</p>	<p>Tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh perawat selama MRS di ruangan</p>	<p><i>Discharge planning</i> selama perawatan</p> <p><b>1.Penyakit DHF</b></p> <p><b>A.Pemberian Obat :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Membagikan obat oral dan memastikan obat diminum pasien,</li> <li>2) Minum obat vitamin jam 18 dan 06,</li> <li>3) Injeksi Ranitidine 2 x1 ampul jam 18 dan 06,</li> </ol> <p><b>B.Nutrisi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Minum sehari 1,5-2 L/ hari,</li> <li>2) Makan diit TKTP atau makan sesuai selera pasien,</li> <li>3) Makan diit lunak bagi yang masih panas suhu badannya,</li> </ol> <p><b>C.Aktifitas :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bed rest total bagi trombosit rendah (<math>\leq 50.000</math> /ul),</li> <li>2) Pakai kursi roda bagi trombosit diatas 50.000-85.000 /ul,</li> <li>3) Boleh jalan bila trombosit 85.000-100.000 /ul dan sudah hari ke 5 dari demam.</li> </ol>	<p>Kuesioner</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Ya=1 Tidak=0</p> <p>Skor <math>\geq 75\%</math>-100%= patuh 50%-75%= kurang patuh &lt;50% tidak patuh</p>



		<b>D.Laboratorium :</b> 1) Trombosit tiap hari	Hasil lab	Inter-val	baik= 100.000-150.000 kurang= 75-100.000 kurang sekali=<50.000
		<b>E. ALOS</b>	Hasil lab	Ordi-nal	>7 hari <7 hari
		<b>2.PENYAKIT GE :</b> <b>A.Pemberian obat.</b> 1) Minum obat cotrimoxazol jam pemberian 18 dan 06 ( 2 x 960 mg), 2) Minum obat ciprofloxacin 2 x 500 mg jam 18 dan 06, 3) Minum Attapulgit 3 x 2 tablet/ hari jam 12.20 dan 04, 4) Minum Lodia 3 x 1 tablet / hari jam 12.20 dan 04 dan bila masih diare, 5) Injeksi Ciprofloxacin drip 2 x 400 mg /hari jam 18 dan 06, 6) Injeksi Ceftriaxon 2 x 1 gram / injeksi jam 18 dan 06, 7) Munum Metronidazol 3 x 500 mg tablet jam 12,20 dan 04.00 8) Injeksi metronidazol 3 x 500 mg jam 12.20 dan 04.00	Kue-sioner	Ordi-nal	Ya=1 Tidak=0  Skor $\geq 75\%$ - $100\%$ = patuh 50%- 75%= kurang patuh $< 50\%$ tidak patuh $<75\%$

		drip, 9) Minum ranitidine 2 x 150 mg tablet jam 18 dan 06, 10) Injeksi ranitidin 2 x 1 ampul /hari jam 18 dan 06.			
		<b>B.Nutrisi:</b> 1) Minum oralit tiap kali habis diare, 2) Makanan bubur bila diare masih profus, 3) Makan yang rendah serat selama diare, 4) Hindari susu kecuali susu entrasol yang khusus buat diare, 5) Makan pakai telur asin sebagai pengganti kalium. (Daldiyono,1997)  <b>C.Aktifitas :</b> 1) Diare profus dianjurkan ditempat tidur lubang ( <i>cholerae coat</i> ) untuk BAB / BAK, 2) BAB / BAK di kamar mandi bila diare bisa ditahan dan jarang frekuensinya dan bisa pindah di tempat tidur biasa tanpa lubang.	Kue- sioner	Ordi- nal	Ya=1 Tidak=0 Skore ≥75%- 100%= patuh 50%- 75%= kurang patuh <50% tidak patuh
		<b>D. Laboratorium</b> 1) Periksa leukosit dalam DL.	Hasil lab	Inter- val	Normal=4 ,7-10,3/ul Meningka t >10,3/ul Menurun< 4,7
		2) Periksa Na- K	Hasil lab	Inter- val	Na normal= 136-144 Menurun< 136

					K normal =3,8-5/ul Menurun< 3.8
		3) Periksa BUN-SC	Hasil lab	Inter-val	BUN normal= 10-20 Meningkat>20 SC normal<1, 2 Meningkat>1,2
		<b>E.ALOS ( average length of stay)</b> • 3-4 hari bagi diare tanpa komplikasi.	Hasil lab	Inter-val	≥3 hari <3 hari

#### 4.4 Alat dan Bahan Penelitian

Bahan penelitian adalah segala sesuatu yang dikenai perlakuan atau yang dipakai untuk perlakuan (Unair, 2007 ;21). Pemeriksaan laboratorium menggunakan darah dan untuk pemeriksaan kepatuhan pada pengobatan menggunakan kuesioner. Sedangkan untuk informasi *discharge planning* menggunakan alat bantu leaflet.

#### 4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat, lengkap dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Arikunto, 2002). Instrumen yang digunakan adalah menggunakan kuesioner dan lembar observasi. Lembar kuesioner diisi oleh responden sedangkan lembar observasi diisi oleh perawat. Kuesioner terdiri dari data demografi, jadwal pemberian obat, nutrisi dan aktivitas. Sedangkan lembar observasi berisi hasil lab

dan ALOS. Sedangkan untuk mengetahui penerapan *discharge planning* selama di ruangan dilakukan observasi dengan kuesioner kepatuhan pengobatan selama MRS pada kelompok perlakuan dan informasi lisan kepada kelompok kontrol meliputi penyakit DHF dan GE tentang nutrisi, aktivitas, pemeriksaan laboratorium dan ALOS mulai dari awal pasien MRS dan selama pasien dirawat berdasarkan patofisiologi dari masing-masing penyakit.

#### **4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian**

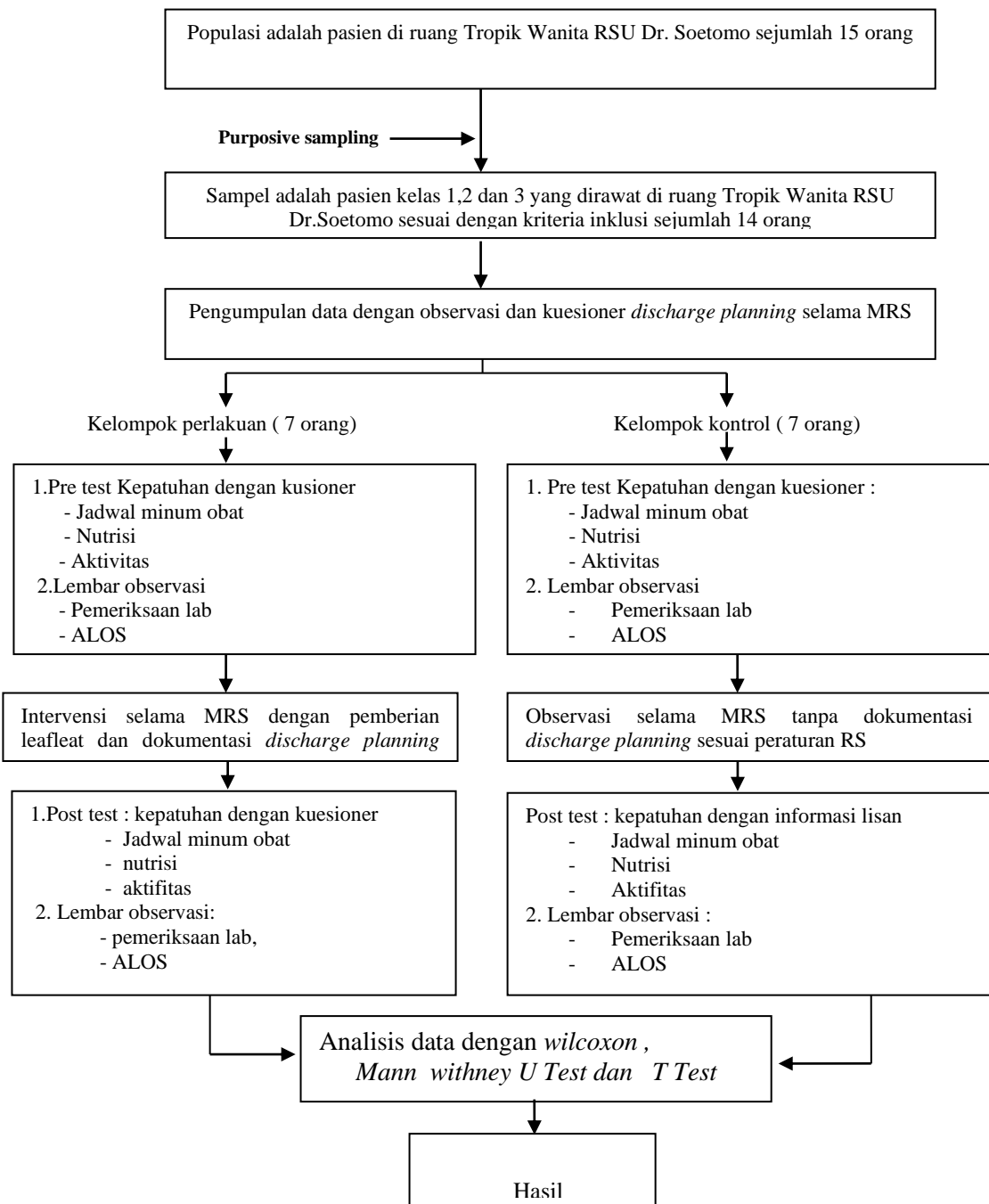
Penelitian ini diteliti di ruang Tropik Infeksi Wanita RS Dr. Soetomo Surabaya. Waktu penelitian tanggal 15 Januari - 5 Pebruari 2009 .

#### **4.7 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data.**

Dalam pelaksanaan penelitian, peneliti mendapat rekomendasi dari Dekan program Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga untuk melakukan pengumpulan data. Sebelum dilakukan penelitian, peneliti lebih dahulu meminta ijin kepada Direktur RSU Dr. Soetomo Surabaya, melalui Litbang, akan mengeluarkan surat pengantar kepada Kepala Irna Medik untuk melakukan penelitian. Kemudian Peneliti menyeleksi sesuai dengan kriteria inklusi ,yaitu pasien DHF dan GE kemudian dilakukan pembagian kuesioner kepada responden menjadi dua kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yang hanya menggunakan informasi lisan. Penggunaan observasi berdasarkan prosedur *discharge planning* awal MRS, selama MRS dan sebelum KRS berdasarkan standar dari Nursalam(2008). Peneliti akan menyeleksi responden yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Pasien yang memenuhi kriteria akan diobservasi dan diberi dokumentasi *discharge planning* berupa check list kepatuhan, berdasar skala Guttman, yaitu jawaban ya, untuk menunjukkan

kepatuhan dan tidak menunjukkan ketidakpatuhan, yang telah dimodifikasi oleh peneliti meliputi, jadwal minum obat dan jadwal injeksi, nutrisi, aktivitas, observasi pada hasil pemeriksaan laboratorium trombosit untuk DHF dan lekosit, BUN, SC, Na dan K pada pasien GE serta ALOS pada DHF dan GE. Pelaksanaan dimulai dari awal pasien MRS dan selama pasien dirawat berdasarkan patofisiologi dari masing-masing penyakit DHF dan GE.

#### 4.8 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan selamadirawat di ruang tropik wanita RSUD Dr. Soetomo

Uraian dari bagan di atas adalah :

Populasi adalah pasien yang baru masuk rumah sakit ( MRS ) di ruang tropik infeksi wanita dan keluarga kita berikan *discharge planning* sesuai

prosedur yaitu mulai awal MRS, selama MRS dan sebelum KRS. Kelompok yang lain hanya sekedar diterima apa adanya penjelasan dan kelompok perlakuan kita berikan perlakuan dengan *discharge planning* berisi tentang kepatuhan selama perawatan, yang diisi oleh pasien maupun keluarga yang menjaga dengan bantuan peneliti, kemudian kita bandingkan kelompok perlakuan dengan yang tidak dilakukan perlakuan dokumentasi *discharge planning* tetapi dengan informasi lisan pada pasien baru tersebut. Kemudian data kita kumpulkan setelah itu kita analisis dengan uji statistik *wilcoxon signed ranks* yang di lanjutkan dengan uji *Mann Whitney U Test* untuk skala ordinal dan *T- Test* untuk skala interval yang berguna untuk menguji kevaliditasan *quasy experiment* kita .

#### 4.9 Cara Analisis Data

Analisis data merupakan suatu proses atau analisa yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan dengan tujuan supaya *trends* dan *relationships* bisa dideteksi (Nursalam, 2008). Dalam melakukan analisis, data terlebih dahulu harus diolah dengan tujuan mengubah data menjadi informasi. Dalam statistik, informasi yang diperoleh digunakan untuk proses pengambilan keputusan, terutama dalam pengujian hipotesis. Dalam proses pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh, diantaranya:

##### 1. *Editing*

*Editing* adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau

dikumpulkan . editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

##### 2. *Coding*

Merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa katagori dari beberapa kuesioner yang kita sebar.

### 3. *Entri Data*

Kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database komputer.

### 4. Melakukan teknik analisis

Peneliti akan melakukan pengujian data menggunakan uji statistik *wilcoxon* dengan tingkat kemaknaan  $p \leq 0,05$  (program Windows SPSS) yaitu uji untuk kelompok berpasangan dengan tujuan membandingkan nilai variabel dependen sebelum dan sesudah perlakuan. Skala yang digunakan adalah ordinal. *Mann Whitney U Test* untuk post kontrol dan post perlakuan pada obat, nutrisi, aktifitas dan ALOS. Menggunakan T Test untuk skala interval yaitu untuk hasil laboratorium. Dalam penelitian ini analisis data dilakukan melalui tahap sebagai berikut:

#### 1. Persiapan, yaitu peneliti melakukan perapihan data, meliputi;

- a) Mengecek nama dan kelengkapan identitas responden untuk menghindari kesalahan atau kekurangan data,
- b) Mengecek kelengkapan data dengan memeriksa isi instrumen

#### 2. Tabulasi data, meliputi :

- a) Memberikan skor pada item-item yang perlu diberi skor dengan ketentuan ya = 1, Tidak = 0
- b) Kemudian melakukan perhitungan prosentase dengan menggunakan rumus

sebagai berikut :



$$N = \frac{SP}{Sm} \times 100 \%$$

KETERANGAN :

N = Nilai yang didapat.

Sp = Skor yang di dapat.

Sm = Skor maksimal(Arikunto,2002).

Skor maksimal dalam penelitian ini adalah : 9

Hasil perhitungan skor dan prosentase data tersebut diinterpretasikan dengan kriteria kualitatif, yaitu : 75 - 100 % = patuh , 55 – 74 % = kurang patuh dan  $\leq 54\%$  = tidak patuh.

## 2. Pengujian data yaitu :

Peneliti melakukan pengujian data menggunakan uji statistik *wilcoxon signed rank test* dan uji *Mann Whitney U test uji signifikasi*, tingkat kemaknaan  $p \leq 0,05$  ( program Windows SPSS 15) untuk membandingkan nilai pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Skala data yang digunakan adalah ordinal.Menggunakan uji T test untuk interval meliputi hasil laboratium dan ALOS menggunakan *mann whitney U test* karena hanya post test.

### 4.10 Prosedur Penelitian

Responden yang telah memenuhi kriteria inklusi diadakan pre-test dengan pembagian kuesioner tentang *discharge planning* selama dirawat di RS, uji statistik *Wilcoxon Sign Rank Test*. Kemudian responden diberikan intervensi yaitu dokumentasi *discharge planning* mulai awal MRS, selama MRS dan sebelum KRS, dan diberi *leaflet* tentang masing-masing penyakitnya , serta dilakukan

observasi mengenai kepatuhan pada pengobatan selama MRS seperti yang telah ditulis di lembar observasi kuesioner.

#### **4.11 Etik Penelitian**

Sebelum melakukan penelitian peneliti mengajukan surat rekomendasi dari Fakultas Keperawatan yang ditujukan kepada RSUD Dr. Soetomo Surabaya, untuk mendapatkan persetujuan. Kemudian kuesioner ini dikirim ke subyek yang akan dijadikan responden yang akan diteliti dengan menekankan prinsip dalam masalah etik yang meliputi :

##### **4.11.1 Lembar persetujuan menjadi responden / *Informed Consent***

Merupakan cara persetujuan antara peneliti dan responden dengan memberikan lembar persetujuan. Lembar persetujuan ini harus diberikan sebelum penelitian dilakukan untuk menjadi responden. Tujuan dari lembar persetujuan ini adalah agar pasien dan keluarga mengerti akan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya, kemudian bersedia menandatangani lembar persetujuan jika responden bersedia. Jika responden menolak maka kita harus menghormati hak responden.

##### **4.11.2 *Anonimity* ( Tanpa Nama )**

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek penelitian, peneliti tidak mencantumkan nama subyek pada lembar observasi tersebut, cukup dengan memberi nomer kode pada masing-masing lembar observasi tersebut.

##### **4.11.3 *Confidentiallity* ( Kerahasiaan )**

Menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin

kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset tersebut.

#### **4.11.4 Keterbatasan**

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Burns& Grove,1991). Dalam penelitian ini keterbatasan yang dihadapi oleh peneliti adalah:

- 1) Pengumpulan data dengan kuesioner, memungkinkan responden menjawab pertanyaan tidak jujur atau tidak mengerti pertanyaan yang dimaksud sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.
- 2) Kemampuan peneliti yang baru pertama kali melakukan penelitian, memungkinkan banyak kekurangan dalam hasil penelitian maupun penulisan penelitian.
- 3) Sampel yang digunakan terbatas pada ruang rawat inap tropik infeksi wanita sehingga kurang representatif untuk menggambarkan kepatuhan pada pengobatan pasien yang dirawat di seluruh instalasi ruang rawat inap yang ada di rumah sakit dokter Soetomo Surabaya.

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian ” Pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien DHF dan GE selama dirawat di ruang tropik infeksi wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya” pada tanggal 15 Januari - 5 Februari 2009 beserta pembahasannya. Jumlah responden dalam pengumpulan data ini sebanyak 14 orang. Data yang diperoleh kami sajikan dalam bentuk tabel, diagram dan narasi. Penyajian hasil dibagi dalam 3 bagian meliputi : (1) Gambaran umum lokasi penelitian, (2) Data umum tentang karakteristik responden, (3) Data khusus tentang identifikasi pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pada pengobatan pada pasien DHF dan GE selama dirawat pada kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah diberikan *discharge planning* selama dirawat untuk mengukur tingkat kepatuhan pada pengobatan pasien dengan DHF dan GE. Pengukuran kepatuhan ini meliputi kepatuhan pada obat oral dan injeksi , nutrisi dan aktivitas selama dirawat. Observasi yang digunakan adalah dengan menggunakan hasil laboratorium DHF pada hasil trombosit dan GE pada hasil leukosit, BUN, SC, Na dan K. Observasi ALOS pada DHF dan GE.

## 5.1 Hasil Penelitian

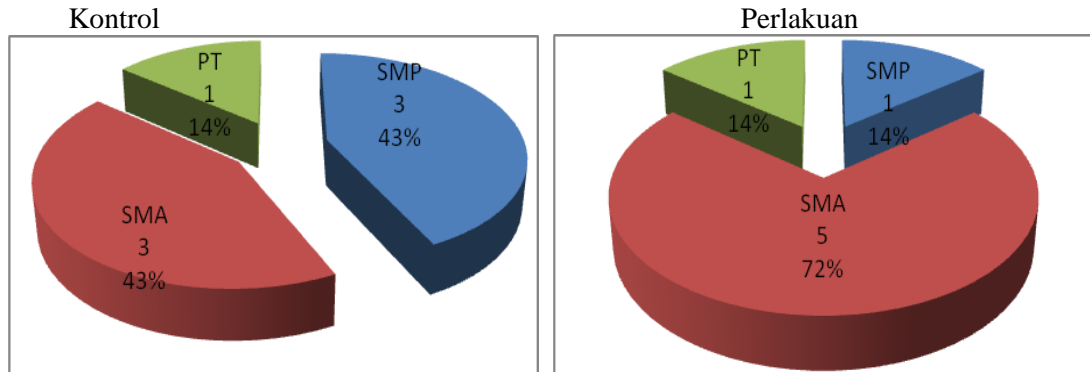
### 5.1.1 Gambaran Umum Hasil Penelitian

Tempat pengambilan data penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Dr. Soetomo terletak di Jl. Mayjen. Prof. DR Moestopo 6-8 Surabaya. RSUD Dr Soetomo merupakan rumah sakit rujukan wilayah Indonesia bagian timur. Lokasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah ruang tropik infeksi wanita. Ruang tropik infeksi wanita merupakan wilayah IRNA MEDIK ( Instalasi Rawat Inap Medik). Ruangan Tropik Infeksi Wanita dengan kapasitas 24 tempat tidur, dengan rincian kelas 1 sebanyak 2 tempat tidur , kelas 2 sebanyak 4 tempat tidur dan kelas 3 sebanyak 18 tempat tidur. Jumlah total pasien tahun 2008 adalah 600 pasien yang meliputi kelas 1 jumlah total 36 kelas 2 jumlah total 203 dan kelas 3 361 pasien selama 1 tahun. BOR rata-rata bulan Desember 2008 adalah 62,7% dengan rata-rata ALOS tiap pasien 4.56. Ruang tropik infeksi wanita merupakan ruang rawat inap dengan kasus penyakit menular di daerah tropis seperti Indonesia diantaranya DHF, GE, morbili, typhoid, difteri dan leptospirosis. Penelitian ini mengambil kasus DHF dan GE saja yang kita berikan *discharge planning* selama dirawat di ruangan mengingat keterbatasan waktu yang ada. Pegawai di ruang tropik infeksi wanita terdiri dari 9 orang perawat , 1 orang tenaga rekam medis, 7 orang tenaga pembantu perawat ( TPP) dan 3 orang tenaga PRT. Perawat berjumlah 9 dengan rincian 1 orang kepala ruangan lulusan D IV Keperawatan, 1 orang wakil kepala ruangan dengan lulusan D III, 1 orang perawat lulusan S1, 4 orang perawat pelaksana lulusan D III 1 orang perawat melanjutkan pendidikan S1, 2 orang perawat lulusan SPK sekarang sedang melanjutkan pendidikan DIII.

### 5.1.2 Data Umum

Pada bagian ini akan ditampilkan karakteristik responden berdasarkan pendidikan, umur dan jenis pekerjaan.

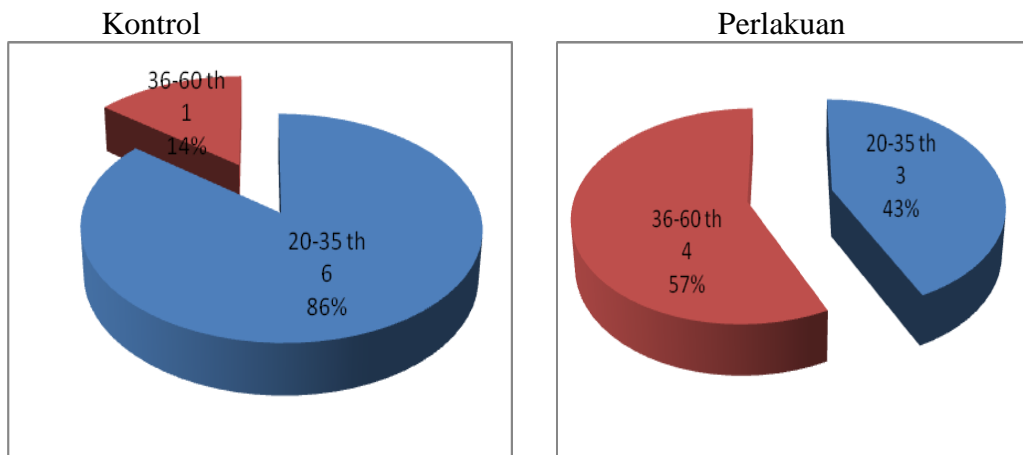
#### 1. Pendidikan



Gambar 5.1 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan pada responden kontrol dan perlakuan di ruang tropik infeksi wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari- 5 Februari 2009.

Gambar 5.1 menunjukkan bahwa responden terbanyak adalah lulusan SLTA yaitu sebanyak 5 orang responden (72%) perlakuan dan pada responden kontrol sebanyak 3 SMP dan 3 SMA(43%).

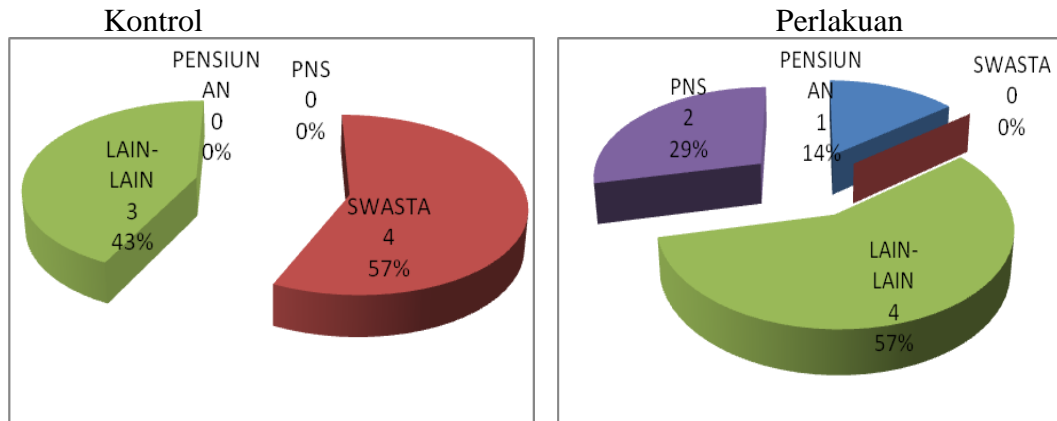
#### 2. Umur



Gambar 5.2 Karakteristik responden berdasarkan umur di ruang tropik infeksi wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari – 5 Februari 2009.

Berdasarkan gambar 5.2 dapat diketahui bahwa responden terbanyak adalah berumur 20-35 pada responden kontrol yaitu 6 orang dan pada responden perlakuan 20-35 tahun sebanyak 3 orang dan 36-60 tahun sebanyak 4 orang atau 57%.

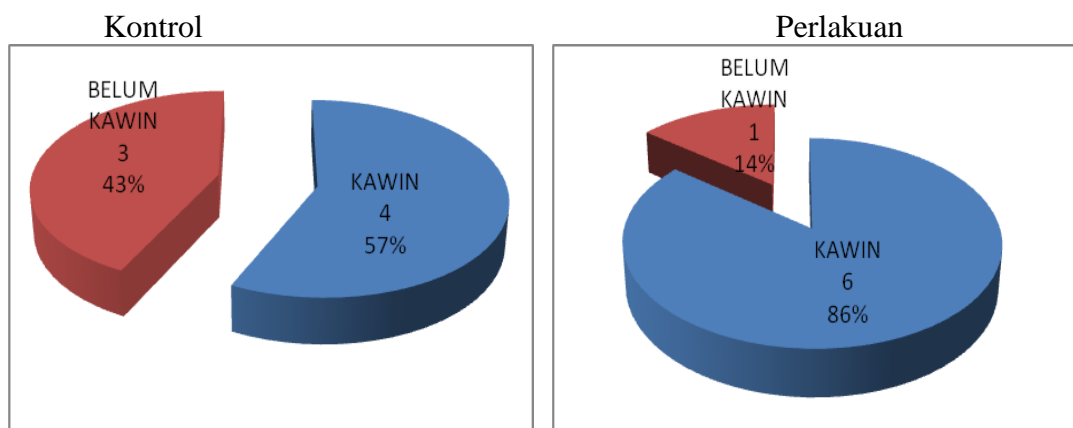
### 3. Jenis pekerjaan



Gambar 5.3 Karakteristik responden berdasarkan jenis pekerjaan di ruang tropik infeksi wanita RSU Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari - 5 Pebruari 2009.

Berdasarkan gambar 5.3 dapat diketahui bahwa responden kontrol terbanyak pekerjaannya swasta sebanyak 4 orang atau 57% dan pada responden perlakuan terbanyak adalah lain-lain yang meliputi pekerja pabrik dan penjaga toko sebanyak 4 orang atau 57%.

### 4. Status



Gambar 5.4 Karakteristik responden berdasarkan status responden di ruang tropik infeksi wanita RSU Dr. Soetomo Surabaya 15 Januari – 5 Pebruari 2009.

Berdasarkan gambar 5.4 dapat diketahui bahwa responden terbanyak adalah berstatus kawin yaitu sebanyak 4 orang atau 57% dan pada perlakuan status kawin sebanyak 6 orang atau 86%.

### 5.1.3 Data Khusus Responden

Berikut ini akan disajikan data yang berkaitan dengan penerapan *discharge planning* terhadap kepatuhan pada pengobatan pada pasien DHF dan GE selama dirawat di ruang tropik infeksi wanita. Dengan dilakukan perlakuan pada salah satu kelompok dan satu kelompok sebagai kontrol dengan tanpa perlakuan dengan uji kuesioner pada masing-masing kelompok kontrol dan perlakuan. Pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan uji kuesioner dengan tanpa informasi tertulis hanya lisan seperti yang sudah diterapkan di ruangan biasanya. Kelompok perlakuan sebelum dan sesudah diadakan uji kuesioner dengan di beri intervensi berupa informasi tertulis mulai awal MRS dengan pemberian penerimaan pasien baru secara tertulis kemudian diberikan penjelasan tentang pemberian obat, nutrisi dan aktivitas selama dirawat di ruangan kemudian di beri *leaflet* tentang masing-masing penyakit DHF atau GE kemudian dilakukan pengukuran tentang kepatuhan pada pengobatan dari kelompok kontrol dan perlakuan yang kita telah berikan *discharge planning* selama perawatan yang dibandingkan dengan tanpa *discharge planning* selama perawatan. Uraian dari kepatuhan meliputi pada DHF dan GE yaitu 1) kepatuhan pada minum obat oral dan bersedia dilakukan injeksi, 2) kepatuhan pada nutrisi 3) kepatuhan pada aktivitas . Data observasi hasil laboratorium meliputi DHF yaitu trombosit dan untuk GE meliputi hasil lekosit, BUN, SC, Na, dan K. Observasi dilakukan juga terhadap ALOS pada pasien DHF dan GE untuk melihat apakah *discharge*



*planning* yang dilakukan bisa memperpendek masa rawat inap responden.

Penyajian data dari hasil observasi tersebut adalah sebagai berikut:

#### 5.1.4 Pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pada DHF yang meliputi obat, nutrisi dan aktifitas pada kontrol dan perlakuan.

Tabel 5.1 Pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan responden pada pemberian obat injeksi dan obat oral sesudah diberikan *discharge planning* pada pasien di ruang tropik infeksi wanita tanggal 15 Januari – 5 Februari 2009.

Obat	kontrol		perlakuan		post	
	pre	post	pre	post	post	post
Mean	42.23	77.80	72.23	93.33	77.80	93.33
SD	21.19	19.23	25.46	11.55	19.23	11.55
Uji	<i>Wilcoxon signed ranks</i> P= 0.102		<i>Wilcoxon signed ranks</i> P= 0.180		<i>Mann whitney U test</i> P= 0.200	

Pada tabel 5.1 terdapat perhitungan statistik pada responden kontrol bahwa  $p \geq 0,05$  yaitu  $p = 0.102$  yang artinya  $H_0$  diterima artinya tidak ada pengaruh antara *discharge planning* terhadap kepatuhan pada pengobatan karena berdiri sendiri. Mean post kontrol 77.80 dan mean untuk perlakuan 93.33.

Tabel 5.2 Pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan responden pada nutrisi pada kelompok kontrol dan perlakuan DHF di ruang tropik infeksi wanita tanggal 15 Januari – 5 Februari 2009.

NUTRISI DHF	Kontrol		perlakuan		post	
	pre	Post	pre	post	post	post
Mean	44.43	88.90	83.33	91.67	88.90	91.67
SD	19.28	19.22	14.43	14.43	19.22	14.43
Uji	<i>Wilcoxon signed ranks</i> P= 0.109		<i>Wilcoxon signed ranks</i> P= 0.317		<i>Mann whitney U test</i> P= 0.700	

Berdasarkan tabel 5.2 tidak terdapat signifikansi pada uji statistik yaitu  $H_0$  diterima karena  $p \geq 0.05$  yang berarti tidak ada pengaruh *discharge planning*

terhadap nutrisi saja karena untuk kepatuhan pada nutrisi ini baru signifikan jika ditunjang dengan pengobatan yang lain untuk proses kesembuhan. mean post kontrol 88.90 dan mean untuk post perlakuan 91.67.

Tabel 5.3 Pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan responden pada aktivitas pada kelompok kontrol dan perlakuan DHF di ruang tropik infeksi wanita tanggal 15 Januari – 5 Pebruari 2009.

AKTIVITAS DHF	Kontrol		perlakuan		post	
	pre	Post	pre	post	post	post
Mean	66.67	66.67	50.00	50.00	66.67	50.00
SD	33.35	57.74	57.74	57.74	57.74	57.74
Uji	<i>Wilcoxon signed ranks</i> P= 0.368		<i>Wilcoxon signed ranks</i> P= 1.000		<i>Mann whitney U test</i> P= 1.000	

Berdasarkan tabel 5.3 dapat digambarkan bahwa H0 diterima karena  $p \geq 0.05$  sehingga aktivitas harus ditunjang dengan obat dan nutrisi supaya menjadi signifikan. Dengan nilai mean post kontrol 66.67 dan post perlakuan 50.00.

#### 5.1.5 Data kepatuhan pada GE yang meliputi obat, nutrisi dan aktifitas.

Tabel 5.4 Pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan responden pada obat pada kelompok kontrol dan perlakuan GE.

OBAT GE	kontrol		perlakuan		post	
	pre	post	pre	post	post	post
Mean	42.50	67.50	47.50	77.50	67.50	77.50
SD	25.00	9.57	12.58	5.00	9.57	12.50
Uji	<i>Wilcoxon signed ranks</i> P= 0.102		<i>Wilcoxon signed ranks</i> P= 0.06		<i>Mann whitney U test</i> P= 0.200	

Berdasarkan tabel di atas berarti H0 diterima karena  $p \geq 0.05$  dan berarti tidak ada pengaruh antara *discharge planning* terhadap obat saja karena faktor nutrisi sangat besar pengaruhnya pada kenaikan trombosit pasien sehingga

ketiganya tidak dapat dipisahkan. Mean post untuk kontrol 67.50 dan mean post perlakuan 77.50.

Tabel 5.5 Pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan responden pada nutrisi pada kelompok kontrol dan perlakuan GE di ruang tropik infeksi wanita tanggal 15 Januari – 5 Pebruari 2009

NUTRISI GE	kontrol		perlakuan		post	
	pre	post	Pre	post	post	post
Mean	18.75	68.75	81.25	93.75	68.75	93.75
SD	12.50	12.50	12.50	12.50	12.50	12.50
Uji	<i>Wilcoxon signed ranks</i> P= 0. 083		<i>Wilcoxon signed ranks</i> P= 0.157		<i>Mann whitney U test</i> P= 0.057	

Berdasarkan tabel 5.5 Berarti HO diterima karena  $p \geq 0.05$  berarti tidak ada pengaruh antara *discharge planning* dengan nutrisi saja nilai mean post kontrol adalah 68.75 dan post perlakuan 93.75. Sehingga perlu dikaitkan dengan variabel yang lain yaitu obat dan aktivitas sehingga nilai *discharge planning* bisa diketahui secara menyeluruh tentang kepatuhan terhadap pengobatan.

Tabel 5.6 Pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan responden pada aktifitas pada kelompok kontrol dan perlakuan GE di ruang tropik infeksi wanita tanggal 15 januari – 5 februari 2009.

AKTIFITAS GE	kontrol		Perlakuan		post	
	pre	post	Pre	Post	post	post
Mean	62.50	37.50	66.68	50.00	37.50	50.00
SD	47.87	47.87	47.14	57.74	47.87	57.74
Uji	<i>Wilcoxon signed ranks</i> P= 0. 317		<i>Wilcoxon signed ranks</i> P= 0.317		<i>Mann whitney U test</i> P= 0.752	

Berdasarkan tabel 5.6 Berarti HO diterima karena  $p \geq 0,05$  tetapi *discharge planning* ini harus dilaksanakan secara keseluruhan dan tidak bisa dipisahkan pisahkan

Berikut adalah **data statistik dari ketiga komponen obat, nutrisi dan aktifitas** pada masing-masing penyakit DHF dan GE :

Tabel 5.7 Pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan (meliputi obat, nutrisi dan aktifitas) pada DHF selama dirawat di ruang tropik Infeksi Wanita 15 Januari – 5 Pebruari 2009.

DHF	kontrol		perlakuan		post	
	pre	post	Pre	post	Post	Post
Mean	51.11	77.79	37.50	50.00	77.79	50.00
SD	24.91	33.33	47.87	57.74	33.33	57.74
Uji	<i>Wilcoxon signed ranks</i> P= 0.028		<i>Wilcoxon signed ranks</i> P= 0.025		<i>Mann whitney U test</i> P= 0.028	

Berdasarkan tabel 5.7 di atas bahwa terdapat pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan ( obat, nutrisi dan aktivitas) selama di rawat di ruang Tropik Infeksi Wanita dengan nilai  $p = 0.028$  pada DHF kontrol dan  $p = 0.025$  DHF perlakuan yang berarti  $p \leq 0.05$  dan artinya  $H_1$  diterima sehingga ada pengaruh antara *discharge planning* dengan kepatuhan pengobatan selama di rawat di ruang tropik infeksi wanita.

Tabel 5.8 Pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan (meliputi obat, nutrisi dan aktifitas) pada GE selama dirawat di ruang tropik Infeksi Wanita 15 Januari – 5 Pebruari 2009.

GE	Kontrol		perlakuan		post	
	pre	Post	pre	Post	Pos	post
Mean	41.25	74.584	77.79	50.00	74.584	50.00
SD	34.45	18.15	33.33	57.74	18.15	57.74
Uji	<i>Wilcoxon signed ranks</i> P= 0.012		<i>Wilcoxon signed ranks</i> P= 0.027		<i>Mann whitney U test</i> P= 0.046	

Berdasarkan tabel 5.8 terdapat pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan ( meliputi obat, nutrisi dan aktivitas) selama di rawat di

ruang Tropik Infeksi Wanita, yaitu nilai  $p = 0.012$  pada kontrol dan  $p = 0.027$  yang berarti  $H_1$  diterima karena nilai  $p \leq 0.05$  dapat dipisahkan.

### 5.1.6 Observasi Hasil laboratorium pada DHF.

Observasi yang dilakukan untuk melihat keberhasilan dari *discharge planning* selama dirawat ini adalah dengan hasil laboratorium yaitu DHF dengan pengukuran trombosit

Tabel 5.9 Pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pada pengobatan dengan melakukan observasi pada hasil trombosit DHF selama dirawat di ruang tropik Infeksi Wanita 15 Januari – 5 Pebruari 2009.

trombosit DHF	Kontrol		Perlakuan	
	pre	post	Pre	post
Mean	80.00	158.33	86.67	170.00
SD	5.00	14.43	7.64	18.03
Uji	T Test P= 0. 012		T Test P= 0.019	

Berdasarkan tabel 5.9 di atas dapat di gambarkan bahwa ada pengaruh antara *discharge planning* dengan hasil laboratorium yaitu dengan nilai  $p = 0.012$  untuk DHF kontrol dan  $p = 0.019$  untuk DHF perlakuan di mana nilai  $p \leq 0.05$  yang artinya  $H_1$  diterima sehingga ada pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pada pengobatan selama dirawat dengan berakibat membaiknya hasil laboratorium trombosit.

### 5.1.7 ALOS pada DHF.

Pemantauan ALOS ini berguna apakah pada responden terjadi *judicial discharge* atau tidak dan ternyata pada semua responden tidak didapatkan pulang paksa dan dapat memperpendek masa rawat inap. Hasil pada tabel sebagai berikut yaitu dengan *uji mann whitney* karena hanya terdiri post test saja.

Tabel 5.10 Pengaruh *discharge planning* terhadap ALOS pasien DHF selama dirawat di ruang tropik Infeksi Wanita 15 Januari – 5 Pebruari 2009.

DHF	POST	
	Post kontrol	Post perlakuan
Mean	4.83	1.50
SD	0.75	0.54
Uji	<i>Mann whitney U Test</i> P= 0. 700	

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat perubahan mean pada kontrol 4.83 dan mean pada perlakuan 1.50 jadi terdapat perbedaan yang nyata pada kontrol dan perlakuan pada lama rawat inapnya. Sedangkan  $p = 0.700$  pada uji *Mann Whitney* karena hanya post saja.

#### 5.1.8 Observasi hasil laboratorium pada GE.

Pemeriksaan untuk penyakit GE hasil laboratorium yang di periksa meliputi , leukosit, BUN, SC, Na dan K dengan masing-masing hasil ditampilkan sebagai berikut dengan uji *T Paired samples Test*.

Tabel 5.11 Pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pada pengobatan dengan melakukan observasi pada hasil leukosit pada DL GE selama dirawat di ruang tropik Infeksi Wanita 15 januari – 5 februari 2009.

Leukosit	kontrol		perlakuan	
	pre	post	Pre	post
Mean	14.75	9.00	14.75	9.00
SD	1.89	0.82	1.89	1.82
Uji	T Test P= 0. 011		T Test P= 0.011	

Berdasarkan tabel 5.11 dapat digambarkan bahwa ada pengaruh yang signifikan pada pemeriksaan leukosit dan berarti  $H_1$  diterima karena  $p \leq 0.05$ .

Tabel 5.12 Pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pada pengobatan dengan melakukan observasi pada hasil BUN selama dirawat di ruang tropik Infeksi Wanita 15 Januari – 5 Pebruari 2009.

BUN	kontrol		perlakuan	
	pre	post	Pre	Post
Mean	21.00	14.75	20.75	14.75
SD	0.82	3.69	0.95	3.40
Uji	<i>T Paired simples Test</i> P= 0. 035		<i>T paired simples Test</i> P= 0.011	

Berdasarkan tabel di atas  $p = 0.035$  pada kontrol dan  $p = 0,011$  yang berarti H1 diterima sehingga ada pengaruh terhadap kepatuhan pada pengobatan karena nilai  $p \leq 0.05$ .

Tabel 5.13 Pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pada pengobatan dengan melakukan observasi pada hasil SC selama dirawat di ruang tropik Infeksi Wanita 15 Januari – 5 Pebruari 2009.

SC	kontrol		perlakuan	
	pre	post	Pre	Post
Mean	1.90	1.23	1.85	1.2
SD	0.14	0.05	0.13	0.00
Uji	<i>T paired sampleTest</i> P= 0. 002		<i>T paired sampleTest</i> P= 0.002	

Berdasarkan tabel 5.13 dapat disimpulkan bahwa nilai  $p = 0.002$  pada kelompok kontrol dan  $p = 0.002$  pada kelompok perlakuan yang berarti  $p \leq 0.05$  sehingga H1 diterima dan berarti ada pengaruhnya untuk pemeriksaan SC pada responden karena sering pada pasien dehidrasi terdapat dehidrasi ringan sehingga pada awal MRS sering terjadi peningkatan kemudian akan menurun setelah dehidrasi teratasi dan diare sembuh.

Tabel 5.14 Pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pada pengobatan dengan melakukan observasi pada hasil Na selama dirawat di ruang tropik Infeksi Wanita 15 januari – 5 februari 2009.

Na	kontrol		perlakuan	
	pre	post	Pre	post
Mean	132.5	140.3	132.8	140
SD	2.89	2.87	2.22	2.16
Uji	<i>T Paired simples Test</i> P= 0. 028		<i>T paired simples Test</i> P= 0.022	

Berdasarkan tabel 5.14 dapat disimpulkan bahwa nilai  $p = 0.028$  pada kelompok kontrol dan  $p = 0.022$  dan nilai  $p \leq 0.05$  yang berarti  $H_1$  diterima dan terdapat pengaruh antara pemeriksaan Na dengan kepatuhan akan pengobatan selama perawatan di RS.

Tabel 5.15 Pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pada pengobatan dengan melakukan observasi pada hasil K selama dirawat di ruang tropik Infeksi Wanita 15 Januari – 5 Pebruari 2009.

K	kontrol		perlakuan	
	pre	post	Pre	post
Mean	2.95	3.85	2.95	3.85
SD	0.31	0.06	0.31	0.06
Uji	<i>T Paired simples Test</i> P= 0. 007		<i>T paired simples Test</i> P= 0.007	

Berdasarkan tabel 5.15 bahwa terdapat pengaruh pemeriksaan K terhadap kepatuhan pada pengobatan yang dilakukan responden dengan GE dengan hasil  $p = 0.007$  pada kelompok kontrol dan  $p = 0.007$  pada kelompok perlakuan sehingga berarti  $p \leq 0.05$  dan  $H_1$  diterima.

Tabel 5.16 Pengaruh *discharge planning* terhadap ALOS GE selama dirawat di ruang tropik Infeksi Wanita 15 januari – 5 februari 2009.



ALOS	Post kontrol	Post perlakuan
	Post	post
Mean	4.38	1.50
SD	0.518	0.535
Uji	<i>Mann whitney test</i> P = 0.495	

Dari tabel di atas terlihat mean untuk post kontrol adalah 4.38 dan mean untuk post perlakuan 1.50 yang berarti ada penurunan mean pada perlakuan untuk ALOS. Berarti pada perlakuan bisa terjadi pemendekan ALOS sekitar 1.50.

## 5.2 Pembahasan

Dari hasil penelitian akan dibahas dibawah ini tentang pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan kelompok pada pasien DHF dan GE selama dirawat diruang tropik infeksi wanita. Tingkat kepatuhan pada pengobatan pasien setelah diberikan *discharge planning* mengalami peningkatan yang sangat signifikan. Pada kelompok perlakuan hampir seluruh responden mengalami peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan setelah diberikan *discharge planning* selama dirawat yang meliputi kepatuhan pada pemberian obat oral dan injeksi, nutrisi dan aktifitas yang disarankan selama dirawat.

Usia yang kita jadikan responden kontrol terbanyak adalah 20 - 35 tahun yaitu sebesar 42,9% , dan responden perlakuan terbanyak adalah usia 36-60 tahun yaitu 28,6% sehingga dari usia yang masih produktif ini diharapkan pasien bisa kita jadikan kontrol dengan harapan mampu menyesuaikan dengan tanpa intervensi. Pada perlakuan didapatkan usia terbanyak adalah 36-60 tahun sehingga pada kelompok usia ini diharapkan dengan intervensi selama MRS dengan *discharge planning* mampu menjadi proses pembelajaran yang *aplikatif* ketika

nanti pulang dari rumah sakit. Pengetahuan dari rata-rata responden kontrol adalah SMP dan SMA yaitu 21,4% diharapkan kontrol ini bisa benar-benar valid untuk mengukur pengetahuan yang berbeda. Pada kelompok perlakuan responden terbanyak adalah SMA yaitu 35,7% diharapkan dari pengetahuan yang cukup ini responden mampu menerima *discharge planning* sesuai yang diberikan dan dapat memberikan pengetahuan ini kepada kerabat di rumah karena tujuan dari *discharge planning* ini salah satunya adalah meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga serta membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan ketrampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien (Jipp dan Siras, 1986). Menurut Roger (1974) bahwa pengetahuan yang baik sangat diperlukan untuk berlangsungnya proses perubahan perilaku pada diri seseorang yang meliputi *awareness, interest, evaluation, trial* dan *adoption* yang pada tiap proses memerlukan suatu pemikiran yang harus disadari oleh pelaku perubahan itu sendiri sehingga pada akhirnya perubahan itu bisa menjadi suatu kebiasaan pada tiap orang dan bisa memberikan dampak pada kehidupan sehari-hari sebagai suatu hasil koping yang positif pada tiap individu tersebut dengan penuh kesadaran dalam menjalankan perilaku tersebut. Hal tersebut dapat disebut dengan kesukarelaan pada pasien menurut Beauchamp dan Childress (1993) yaitu kemampuan untuk memilih tujuan sendiri, dan untuk memilih sendiri tujuan tanpa dipengaruhi oleh orang lain atau institusi. Peran perawat sebagai seorang edukator bagi pasien akan bisa teraplikasi dengan baik jika semua yang dilakukan berawal dari niat yang tulus sebagai bentuk *caring* pada pasien jadi bukan sebagai suatu pembebanan pada diri perawat tersebut. Tindakan dengan penerimaan pasien

baru sebagai bentuk awal *discharge planning* akan sangat membantu pasien dalam menurunkan *stress hospitalisasi* pada pasien yang ini merupakan tugas *independen* sebagai perawat di ruangan yang penting dimasa awal pasien MRS. Jenis pekerjaan yang terbanyak pada responden kontrol adalah swasta yaitu sebanyak 28,6% dan pada responden perlakuan terbanyak adalah lain-lain yaitu 28,6% meliputi pekerja pabrik dan karyawan toko sehingga diharapkan pembelajaran *discharge planning* ini akan berdampak pada mereka karena merupakan hal baru yang kita berikan dan kebanyakan dari responden belum begitu paham akan penyakit yang sedang diderita, sehingga diharapkan pembelajaran ini bisa berhasil guna. Status dari responden kontrol adalah kawin 28,6% dan pada responden perlakuan kawin sebanyak 42,9% dari responden yang kebanyakan sudah menikah ini responden diharapkan lebih mampu menerima informasi secara matang karena tingkat kedewasaan dalam memahami hidup sudah teruji pada pernikahan.

Data khusus responden pada obat oral dan injeksi pada responden DHF didapatkan nilai  $p = 0.102$  pada kontrol dan  $p = 0.180$  sehingga didapatkan nilai  $p = 0.200$  dari uji mann witney. Artinya bahwa  $H_0$  diterima dan berarti tidak ada pengaruhnya, namun jika nanti DHF nutrisi tidak akan berpengaruh jika tidak ditunjang dengan pengobatan yang adekuat terutama terapi cairan nilai  $p = 0.109$  dan  $p = 0.317$  dan *uji mann whitney*  $p = 0.700$  berarti tidak ada pengaruh jika berdiri nutrisi sendiri tanpa ditunjang oleh obat , dan aktifitas yang disarankan. Pada DHF aktifitas pada kelompok kontrol adalah  $p = 0.368$  dan nilai  $p$  pada kelompok perlakuan adalah 1.000 dan uji mann whitney  $p = 1.000$  sehingga tidak ada pengaruhnya jika aktifitas ini dibatasi tanpa ada dukungan dari pengobatan.

Tetapi pada gabungan antara obat, nutrisi dan aktifitas pada DHF terdapat pengaruh yang sangat signifikan yaitu  $p = 0.025$  pada DHF perlakuan dan  $p = 0.012$  pada kelompok kontrol dan ini berarti ada pengaruh discharge planning terhadap kepatuhan pengobatan selama dirawat karena nilai  $p \leq 0,05$  yang berarti  $H_1$  diterima. Kepatuhan akan obat yang dikonsumsi pasien mutlak diperlukan dalam terapi terutama antibiotika untuk mencegah resistensi obat pada pasien sehingga peran perawat sebagai edukator mutlak diperlukan supaya tidak terjadi kekambuhan pada pasien yang dirawat. Pasien DHF yang menjadi kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah grade I dan II tanpa komplikasi. Biasanya hanya mendapat vitamin baik oral maupun injeksi, dan infus dengan RL dan obat penurun panas karena rehidrasi dengan cairan infus merupakan inti perawatan DHF (Nasronuddin, 2008). Kepatuhan pada aktifitas yang disarankan pada pasien DHF kepatuhannya sangat baik yaitu mau menggunakan kursi roda ketika mau BAB / BAK, ketika trombosit kurang dari 70.000 karena jika banyak aktifitas ditakutkan adanya perdarahan. Pengobatan merupakan suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh kedokteran dan keperawatan berdasarkan UU No. 23 tahun 1992. Kegiatan tersebut meliputi obat yang diterapi oleh dokter dan dilaksanakan oleh perawat dalam hal distribusi sampai terminum oleh pasien. Observasi pada DHF adalah hasil trombosit pasien pada semua pasien kontrol maupun perlakuan terjadi kenaikan jumlah trombosit sehingga mean pada kontrol post 158.33 dan mean pada post perlakuan adalah 170.00 sehingga terlihat ada peningkatan mean pada perlakuan. Pada ALOS responden dengan DHF mean pada kontrol adalah 4.83 dan terjadi penurunan pada mean perlakuan adalah 1.50, sehingga terlihat terjadi penurunan lama rawat inap pada responden perlakuan.

Nutrisi sendiri tidak akan ada fungsinya jika berdiri sendiri tanpa ada obat hal ini di buktikan dengan nilai  $p = 0.083$  pada kelompok kontrol dan  $p = 0.057$  pada kelompok perlakuan dan  $p = 0.057$  pada nutrisi GE demikian juga pada penyakit. Responden dengan GE berjumlah 8 responden dengan perincian 4 kontrol dan 4 perlakuan yang meliputi pre dan post test. Dari data yang dibuktikan statistik bahwa obat saja tidak signifikan untuk pengobatan. Dari data obat kontrol didapatkan nilai  $p = 0.102$  dan perlakuan  $p = 0.066$  sehingga berarti  $H_0$  diterima karena  $p \leq 0.05$  dan pada *uji mann whitney* didapatkan  $p = 0.200$  hal ini menunjukkan bahwa obat saja untuk kesembuhan suatu penyakit tidak bisa di benarkan meskipun berpengaruh tetapi tidak signifikan sehingga masih diperlukan nutrisi juga aktifitas. Nutrisi pada GE ini pada kontrol didapatkan  $p = 0.083$  dan perlakuan  $p = 0.157$  dengan *uji mann whitney*  $p = 0.057$  sehingga ini berarti  $H_0$  diterima sehingga tidak ada pengaruhnya karena nutrisi berdiri sendiri perlu ditunjang dengan obat dan aktifitas untuk menjadi signifikan . Aktifitas pada responden dengan GE didapatkan nilai  $p = 0.317$  pada kontrol dan  $p = 0.317$  , *uji mann whitney* didapatkan  $p = 0.752$  dari semuanya berarti bahwa  $H_0$  diterima sehingga ketiga komponen obat, nutrisi dan aktifitas harus dipadukan karena untuk suatu keberhasilan dari kesembuhan di perlukan keseluruhan komponen kepatuhan dalam pengobatan. Pada data gabungan obat , nutrisi dan aktifitas yang dilakukan *uji wilcoxon* pada kontrol didapatkan nilai  $p = 0.012$  dan pada perlakuan  $p = 0.027$  yang dari ketiga komponen tersebut berarti bahwa nilai  $p \leq 0.05$  sehingga mempunyai arti ada pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan (meliputi obat, nutrisi dan aktifitas) selama di rawat di ruang Tropik Infeksi Wanita.

Upaya penyembuhan dengan cara apapun, baik dengan terapi pengobatan, operasi, penyinaran maupun terapi kombinasi, selalu memerlukan dukungan nutrisi karena kebutuhan pasien akan makanan harus terpenuhi. Dukungan nutrisi hasil pengobatan lebih efisien, pasien lebih cepat sembuh sehingga lama perawatan bisa berkurang sehingga biaya bisa dihemat, waktu konvalensi sembuh lebih cepat dan pasien bisa segera masuk kerja yang berarti produktifitas kerja bisa dicapai (Tirtawinata, 2006). Tetapi kepatuhan pada nutrisi yang disarankan petugas kadang sangat dipengaruhi oleh selera dan kebiasaan tata nilai yang ada pada diri pasien sendiri (otonomi), sehingga kesadaran merupakan hal yang harus dimunculkan oleh pasien dengan bantuan kita sebagai perawat. Pemberian nutrisi yang adekuat merupakan jaminan yang paling baik pada penderita untuk mengatasi penyakitnya. Jadi jelas bahwa nutrisi merupakan bagian integral dari pengobatan (Tandra H, 1993). Kesukarelaan tentunya harus pula dipicu oleh adanya motivasi yang harus dibangun oleh tenaga kesehatan misal pada pasien GE disarankan untuk makan bubur karena masih diare tetapi pada sebagian orang ada yang jika makan bubur malah muntah, perawat hendaknya bisa enyelaraskan antara kesembuhan pasien dengan selera pasien karena dari data telah didapatkan bahwa untuk kesembuhan penyakit tidak hanya di butuhkan nutrisi tetapi juga obat yang juga harus diminum. Pada pertengahan abad 20 ditemukan terapi glukosa-elektrolit untuk terapi oral untuk penderita diare akut yang dikenal dengan ORALIT (oral elektrolit) Soewondo (2002). Terapi dengan oralit ini diberikan penyuluhan kepada pasien dengan ukuran air matang 200 cc ditambah 1 sendok teh gula pasir ditambah  $\frac{1}{4}$  sendok teh garam (leaflet) Oralit ini akan sangat membantu ketika pasien masih dirumah belum mendapat

pertolongan medis. Nutrisi yang harus di monitor oleh perawat dalam pelaksanaan kepatuhan akan diet yang disarankan misal GE di beritahu untuk tidak minum susu dahulu selama diare juga menjauhi yang berserat tinggi karena susah dicerna meskipun tugas tersebut telah ditangani oleh ahli gizi tetapi dalam observasi 24 jam tetap menjadi tugas perawat. Aktifitas yang disarankan untuk GE ini adalah mau tidur ditempat tidur lubang karena untuk monitor jumlah, warna dan juga konsistensi dari faeces yang dikeluarkan. Sehingga untuk memudahkan pengukurann volume faeces yang dikeluarkan, juga untuk observasi apa termasuk disentri atau kolera dari tampungan di ember tersebut. Biasanya GE yang dehidrasi berat akan mudah taat pada aturan ini karena mereka datang dalam kondisi lemas dan kadang disertai syok hipovolemik. Jadi ketiga komponen obat, nutrisi dan aktifitas merupakan komponen yang harus bersatu dan tidak dapat berdiri sendiri tetapi harus saling melengkapi. Sedangkan pada pasien GE ketaatan untuk mau tidur ditempat tidur lubang mengalami penurunan pada post test karena pasien sudah bisa menahan GE sehingga mereka bisa BAB dan BAK ke kamar mandi. Berkaitan dengan keamanan (*patient safety*) supaya responden tidak sampai jatuh karena sering ke WC. Ketidak nyamanan ditempat tidur lubang disebabkan oleh bau, rasa sakit pada daerah pinggang biasanya dirasakan pasien yang lama ditempat tidur lubang, tetapi bagi yang GE masih profus tempat tidur ini merupakan tempat yang aman karena pasien tidak usah sering ke kamar mandi karena langsung di lubang tersebut terdapat ember dibawah lubang tersebut yang siap menampung faeses maupun kencing pasien. Observasi yang dilakukan untuk GE adalah hasil laboratorium yang meliputi jumlah leukosit dalam DL dengan uji T *paired sample* didapatkan nilai  $p = 0.011$  sehingga  $H_1$  diterima karena  $p \leq 0.05$

dan berarti ada pengaruh antara *discharge planning* dengan pemeriksaan hasil laboratorium baik pada kontrol maupun perlakuan sehingga terjadi penurunan jumlah lekosit dalam DL yang berarti pasien mengalami kesembuhan. Pada hasil BUN didapatkan pada kontrol  $p = 0.035$  dan pada perlakuan  $p = 0.011$ , sehingga terjadi penurunan pada nilai BUN yaitu pada fungsi ginjal pada awal MRS terjadi peningkatan maka setelah dilakukan rehidrasi fungsi ginjal kembali normal, hasil SC pada kontrol dan perlakuan  $p = 0.002$  karena pada masing-masing kontrol dan perlakuan terjadi penurunan nilai seiring dengan rehidrasi yang dialami pasien. Observasi pada hasil Na didapatkan nilai  $p = 0.028$  dan perlakuan  $p = 0.022$  sehingga responden mengalami peningkatan Na dengan rehidrasi yang berhasil pada hasil K didapatkan nilai  $p = 0.007$  pada kontrol dan perlakuan dengan uji *T paired sample* sehingga hasil K normal kembali setelah dilakukan koreksi pada K dengan rehidrasi dengan infus RL. Observasi pada ALOS menunjukkan mean pada kontrol 4.38 dan post perlakuan 1.50 yang berarti terjadi penurunan ALOS pada perlakuan dengan mean 1.50,

Di dalam proses pembentukan atau perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam pribadi yang bersangkutan. Berbagai aspek komunikasi mempengaruhi tingkat ketidaktaatan pada diri pasien di antaranya adalah komunikasi antara pasien dan dokter, juga antara pasien dan perawat yang 24 jam waktu perawat digunakan untuk bersama pasien diruangan, sehingga hal ini merupakan tantangan perawat dalam memfasilitasi kepatuhan pasien pada pengobatan selama dirawat, terutama dengan *discharge planning* ini yang menjadi tanggung jawab perawat. Hal penting lainnya berkaitan dengan sistem informasi dalam proses perencanaan pulang adalah informasi kesehatan



yang tertulis dengan baik dalam bentuk informasi tertulis. Menurut Hurts(1996) mengemukakan bahwa informasi tertulis dalam bentuk brosur atau *leaflet* dapat membantu menguatkan informasi yang telah diberikan pada pasien, sehingga dapat mengingatkan sikap dan tindakan mereka tentang apa yang seharusnya dilakukan di rumah dan apa yang harus dihindari. Dokumentasi untuk sekarang ini sangat dibutuhkan dalam menghadapi keluhan pasien, juga tuntutan yang mungkin terjadi jika sewaktu-waktu terjadi hal-hal yang tidak kita inginkan. Bentuk *discharge planning* selama pelayanan ini kita gunakan sebagai bentuk dokumentasi tertulis karena ketika tindakan itu tidak kita tulis berarti kita tidak mengerjakan hal tersebut, dan hal ini merupakan wujud kepedulian perawat kepada pasien yang dirawat sebagai bentuk pertanggungjawaban dan tanggung gugat .

Penerapan *discharge planning* sangat diperlukan bagi pasien di Rumah sakit Dr. Soetomo merupakan rujukan terbesar di Indonesia bagian timur sehingga manajemen dan sumber daya yang ada merupakan aset terbesar dari rumah sakit tersebut, sehingga diharapkan pasien setelah pulang dari rumah sakit ini punya kesan yang baik sangat diharapkan. Informasi dan komunikasi merupakan ujung tombak pelayanan, dengan semboyan katakan pada orang lain kalau anda puas dan katakan kepada kami jika anda tidak puas merupakan kata-kata yang harus diberikan sebagai pedoman dalam memperbaiki kualitas pelayanan sehari-hari demi tercipta hubungan yang harmonis antara pasien , perawat beserta keluarga yang terlibat dalam perawatan sehingga bisa tumbuh rasa saling menghargai diantara semuanya. Akhirnya misi rumah sakit sebagai terdepan dalam pelayanan dan kami senantiasa mengutamakan kesehatan penderita dapat tercapai.

## BAB 6

### Kesimpulan dan Saran

Pada bab ini akan dikemukakan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan pada DHF dan GE selama dirawat di ruang Tropik Infeksi Wanita pada tanggal 15 Januari – 5 Pebruari 2009.

#### 6.1 Kesimpulan

Pelaksanaan *discharge planning* terhadap kepatuhan pada pengobatan selama dirawat di ruangan meliputi :

1. Pentingnya *Discharge planning* untuk meningkatkan kepatuhan pasien DHF dan GE yang meliputi obat oral dan injeksi, nutrisi dan aktifitas selama pasien dirawat.
2. Kepatuhan terhadap *Discharge planning* dapat memperbaiki hasil laboratorium pada pasien DHF pada trombosit dan GE penurunan pada lekosit, BUN, SC dan kenaikan pada hasil Na dan K pada responden dengan GE.
3. Kepatuhan terhadap *Discharge planning* dapat memperpendek ALOS pada masing-masing pasien DHF dan GE.

#### 6.2 Saran

1. Bagi pasien diharapkan *discharge planning* ini dapat membantu untuk mempercepat proses penyembuhan, sehingga dapat sebagai proses pembelajaran yang informatif bagi pasien dan keluarga, supaya tidak menimbulkan kekambuhan sampai harus MRS.
2. Bagi perawat *discharge planning* yang dilakukan mulai awal MRS, selama dirawat dan ketika mau KRS, dapat dijadikan suatu acuan atau protap dalam

- memberikan asuhan keperawatan yang paripurna untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.
3. Bagi rumah sakit *discharge planning* ini merupakan alat untuk memberikan pelayanan yang prima sehingga mutu pelayanan bisa ditingkatkan.
  4. Perlu dilakukan penelitian tentang pengaruh *discharge planning* terhadap mutu asuhan keperawatan dan pasien *safety*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adikoesumo, Suparto, ( 2002 ). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit* . Jakarta :Pustaka Sinar Harapan. Hal : 28 -49
- Alimul, A. A .H. , ( 2003). *Riset Keperawatan & Tehnik Penulisan Ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika . Hal : 12 – 76
- Arikunto, Suharsimi, ( 2000 ). *Manajemen Penelitian*, Jakarta : Rineka Cipta, Hal : 28 – 56
- Alimul,A.A.H, ( 2007 ). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika,hal : 90-95
- Blais K K, ( 2006). *Praktek Keperawatan Profesional ; Konsep dan Perspektif*, EGC. Jakarta : hal : 180-182
- Djojodibroto, R. Darmanto, ( 1997 ). *Kiat mengelola rumah Sakit*. Jakarta :Hal : 1-9 dan 87-1007
- Ismani, Nila ( 2001 ). *Etika Keperawatan* . Jakarta : Widya Medika . Hal : 1-63
- Kristina (2007). Skripsi: Pengaruh Discharge Planning Terhadap Perubahan Perilaku Pasien Katarak di Ruang Mata Irna Bedah RSUD Dr Soetomo Surabaya. Tidak dipublikasikan. Hal 25-27, 56.
- Lismidar dkk ( 1990 ). *Proses Keperawatan* . Jakarta : Universitas Indonesia , Hal : 3-23
- Noto Atmojo, Soekidjo, ( 2002 ). *Metodologi penelitian Kesehatan*. Jakarta : RinekaCipta . Hal : 35- 57
- Nursalam ( 2008 ). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan* Jakarta :Info Medika. Hal : 15 -99
- Nursalam,(2003 ). *Konsep & Penerapan Metodologi Peneltian Ilmu Keperawatan pedoman skripsi, tesis dan instrument penelitian keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika. hal : 44- 22
- Nursalam,(2003).*ManajemenkeperawatanAplikasidalamKeperawatanProfesional*. Jakarta : Salemba Medika, hal : 81-89 ,135-152
- Nursalam,Ninuk DK ,(2007)*Asuhan keperawatan pasien Terinfeksi HIV*,Salemba Medika . Jakarta: hal : 111

- Patricia, Ann Dempsey & Arthur, D. Dempsey, (2002). *Riset Keperawatan Buku Ajar dan Latihan Edisi 4*. Jakarta : EGC, Hal : 43 – 173
- Putra.S. T., (2005). *Psikoneuroimunologi Kedokteran*,Gideon Offset. Surabaya: 5-11
- RSUDr. Soetomo,(2008).Pedoman Diagnosis Dan Terapi SMF Penyakit Dalam Edisi III.Surabaya: Fakultas Kedokteran UNAIR, Hal : 349 & 364
- Smet, ( 1994) .*Psikologi Kesehatan*,Grasindo. Jakarta: hal : 251-257
- Swansburg,Russel C,(2000). *Pengantar Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan* ,EGC. Jakarta : hal : 282-284
- Susilo W, ( 2003).*Motivasi Intrinsik*,Varqis Tatama Bina Mega. Jakarta : hal : 60-61
- (Discharge Planning) untuk anak yang dirawat dengan Bronchopneumonia. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. 3(9: 327-332).
- Supriyo (2006). Skripsi: Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Dalam Penerapan *Discharge Planning* di Ruang Graha Nur Afiah RS Haji Surabaya. Tidak dipublikasikan. Hal 25-27, 56.
- Selung, S. (2004). Tesis: Beberapa faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita malaria di puskesmas Kotaratu Kecamatan Ende Selatan. Tidak dipublikasikan. Hal 39-40, 55-59, 61.
- Sitorus, R. (2006). *Model Praktek Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. EGC: Jakarta. Hal 45-47.
- Tirtawinata,CT. (2006). *Makanan Dalam Perspektif Al- Quran dan Ilmu Gizi*. Jakarta: FKUI. Hal: 12.
- Soejadi (1996). *Pedoman Penilaian Kinerja Rumah Sakit Umum*. Jakarta: Katiga Bina. Hal 13.
- Taylor, et all (1997). *Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care*. Philadelphia. Lippincott. Hal 70-75.
- Tjiptono, F. 2000. *Prinsip-prinsip Total Quality Service*. Yogyakarta : Andi offset. Hal : 1-33,109-141
- Tjiptono, F. 2005. *Pemasaran Jasa*. Bayumedia Publishing. Hal : 38-42, 97-99

Wijono, Djoko, ( 2000). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Teori, Strategi, dan Aplikasi* . Airlangga University Press. Hal 3 – 46

Tandra, H. (1994). *Gizi Klinik*. Surabaya: Tim Gizi Klinik RSUD Dr. Soetomo. Hal 75

Wijono, D. (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Airlangga University

\_\_\_\_\_ Mei – 2006. *Majalah Mimbar RSUD Dr. Soetomo*, vol. 10, No. 2. Hal 21

\_\_\_\_\_ ( 2002 ) *Pedoman Penulisan Proposal dan Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan FK. UNAIR Surabaya*

**Lampiran 1****FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth,

Bapak/ Ibu / saudara/i calon responden

Di ruang tropik infeksi wanita RSUD Dr . Soetomo

Surabaya

Sebagai persyaratan tugas akhir mahasiswa Program ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya , saya akan melaksanakan penelitian tentang “ Pengaruh Pelaksanaan *discharge planning* Terhadap Kepatuhan Pengobatan Pada Pasien DHF dan GE selama dirawat di ruang tropik infeksi wanita RSUD Dr.Soetomo Surabaya.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mempelajari pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan selama dirawat di ruang tropik infeksi wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Untuk keperluan tersebut saya mohon bapak /ibu/ saudara / I untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Selanjutnya saya memohon kesediaannya untuk mengisi kuesioner ini dengan penuh kejujuran dan apa adanya . Jawaban dari Bapak / Ibu/ Saudara/i akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Demikian permohonan saya, atas bantuan dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, Desember 2008

Peneliti

Amirul Musrini

## Lampiran 2

### PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul:

“Pengaruh pelaksanaan *discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien DHF dan GE selama dirawat di ruang tropik infeksi wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya .

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya diberi informasi dan penjelasan , sehingga saya memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Surabaya, November 2008

Responden



**Lampiran 3****FORMAT PENGUMPULAN DATA *DISCHARGE PLANNING* PASIEN**

JUDUL PENELITIAN: Pengaruh *Discharge planning* terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien DHF dan GE Selama dirawat diruang tropik infeksi wanita RSUD Dr. Soetomo Surabaya .

No kode responden :

Tanggal wawancara :

Petunjuk :

Berilah tanda "V" pada kotak, pernyataan yang saudara anggap sesuai

KARAKTERISTIK RESPONDEN	KODE
1. Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> 1) Laki –laki <input type="checkbox"/> 2) perempuan	<input type="checkbox"/>
2. Umur : <input type="checkbox"/> 1) 20-35 tahun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2) 36-60 tahun	<input type="checkbox"/>
3. Pendidikan <input type="checkbox"/> 1) SLTP <input type="checkbox"/> 2) SLTA <input type="checkbox"/> 3) Perguruan Tinggi	<input type="checkbox"/>
4. Status perkawinan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1) Kawin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2) Belum kawin	<input type="checkbox"/>
5. Pekerjaan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1) Pensiunan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2) Swasta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3) Lain-lain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4) PNS	<input type="checkbox"/>

**Lampiran 4**  
**LEMBAR KUISIONER DHF TENTANG KEPATUHAN PENGobatan**

Petunjuk : Berilah tanda “ V “ pada kolom jawaban yang tersedia !

No	KEGIATAN SELAMA DI RS	YA	TIDAK	KODE
	<b>JADWAL PENGobatan</b>			
1	Apakah saudara selalu diberi obat tepat waktu saat mau minum obat?			
2	Apakah saudara diberi injeksi vitamin jam 18 ?			
3	Apakah saudara bersedia diinjeksi OMZ jam 18 dan 06 ?			
	<b>NUTRISI</b>			
4	Apakah saudara makan dengan diit tinggi kalori tinggi protein( TKTP) (telur,daging, tahu atau tempe) ?			
5	Apakah saudara minum sehari 1,5-2 liter tiap hari ?			
6	Apakah pada saat panas saudara makan diit lunak dengan bubur atau tim ?			
	<b>AKTIFITAS</b>			
7	Apakah saudara melakukan bed rest total selama trombosit rendah kurang dari 50.000 /ul ?			
8	Apakah saudara memakai kursi roda kalau mau ke kamar mandi ketika trombo diatas 85.000 /ul ?			
9	Apakah saudara jalan ke kamar mandi waktu trombosit 85.000-100.000 dan Sudah hari ke 5 demam?			

**Lampiran 5****LEMBAR OBSERVASI PERAWAT PADA PASIEN DHF**

	<b>PEMERIKSAAN LABORATORIUM</b>	<b>PRE</b>	<b>POST</b>	<b>KODE</b>
1	Trombosit tiap hari .	<input type="text"/> : 100.000 – 200.000  <input type="text"/> : 75.000 – 100.000  <input type="text"/> : < 75.000	<input type="text"/> : 100.000 – 200.000  <input type="text"/> : 75.000 – 100.000  <input type="text"/> : < 75.000	
2	<b>ALOS</b> ( lama rawat inap ): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Setelah hari ke - 7 dari demam.</li> </ul>	<input type="text"/> : 5 – 7 hari  <input type="text"/> : 3 – 4 hari	<input type="text"/> : 5 –7 hari  <input type="text"/> : 3 – 4 hari	

**Lampiran 6**  
**LEMBAR KUESIONER GE TENTANG KEPATUHAN PADA**  
**PENGOBATAN**

Petunjuk : Berilah tanda “√” pada kolom jawaban yang tersedia !

No	KEGIATAN SELAMA DI RS	YA	TIDAK	KODE
	<b>PEMBERIAN OBAT</b> ( Pilihlah obat yang sesuai dengan terapi dokter saudara)			
1	Apakah saudara bersedia diinfuse sesuai anjuran dokter saudara?			
2	Apakah saudara minum obat cotrimoxazol 960 mg jam 18 dan 06?			
3	Apakah saudara minum ciprofloxacin 500mg jam 18 dan 06?			
4	Apakah saudara minum attapulgit 1200mg jam 12, 20 dan 04?			
5	Apakah saudara minum lodia jam 12,20 dan 04?			
6	Apakah saudara bersedia dimasukan infuse ciprofloxacin drip 400 mg jam 18 dan 06?			
7	Apakah saudara bersedia disuntik ceftriaxon 1 gram jam 18 dan 06?			
8	Apakah saudara bersedia diinfus metronidazol 500 mg drip jam 18 dan 06?			
9	Apakah saudara minum obat metronidazol 500 mg jam 12, 20 dan 04?			
10	Apakah saudara bersedia disuntik ranitidine jam 18 dan 06?			
11	Apakah saudara bersedia disuntik OMZ ( OMEPRAZOL) jam 18 dan 06?			
	<b>NUTRISI</b>			
1	Apakah saudara minum oralit tiap kali habis diare ?			
2	Apakah saudara makan bubur atau tim			

	ketika masih diare?			
3	Apakah saudara makan yang rendah serat selama diare yaitu pantang buah dan sayur yang merangsang( mangga,duren,kol dan pepaya,juga agar-agar tidak diperbolehkan)?			
4	Apakah saudara mau makan dengan lauk telur asin selama diare?( bila tidak terdapat hipertensi)			
	<b>AKTIFITAS</b>			
1	Apakah saudara ketika masih diare mau ditempat tidur yang lubang?			
2	Apakah saudara bersedia diseka selama ditempat tidur lubang?			

## Lampiran 7

## LEMBAR OBSERVASI PERAWAT PADA PASIEN DIARE

	PEMERIKSAAN LABORATORIUM	PRE	POST	KODE
1	Periksa DL( bila terjadi lekositosis) .	<input type="checkbox"/> : 10.000 – 15.000 <input type="checkbox"/> : 15.000 – 20.000 <input type="checkbox"/> : > 25.000	<input type="checkbox"/> : 10.000 – 15.000 <input type="checkbox"/> : 15.000 – 20.000 <input type="checkbox"/> : > 25.000	
2	Pemeriksaan BUN .	<input type="checkbox"/> : 10-20 <input type="checkbox"/> : > 20	<input type="checkbox"/> : 10-20 <input type="checkbox"/> : >20	
3	Pemeriksaan SC	<input type="checkbox"/> : < 1,2 <input type="checkbox"/> : > 1,2	<input type="checkbox"/> : < 1,2 <input type="checkbox"/> : > 1,2	
4	Pemeriksaan Na	<input type="checkbox"/> : 136-144 <input type="checkbox"/> : < 136	<input type="checkbox"/> : 136- 144 <input type="checkbox"/> : < 136	
5	Pemeriksaan Kalium(K)	<input type="checkbox"/> : 3,8-4 <input type="checkbox"/> : < 3,8	<input type="checkbox"/> : 3,8- 4 <input type="checkbox"/> : < 3,8	
6	<b>ALOS</b>	<input type="checkbox"/> : 4 – 5 hari <input type="checkbox"/> : 2 – 3 hari	<input type="checkbox"/> : 4 – 5 hari <input type="checkbox"/> : 2 – 3 hari	

## Lampiran 8

### **SATUAN ACARA PEMBELAJARAN *DISCHARGE PLANNING* PADA KLIEN DENGAN DEMAM BERDARAH DIRUANG TROPIK WANITA RSU DR SOETOMO SURABAYA**

#### **4.1 Konsep Acara**

- Hari/Tanggal :
- Waktu : 09.00-09.15 WIB

#### **4.2 Tujuan**

##### **4.2.1 Tujuan Umum**

Setelah dilakukan *Discharge Planning* klien mampu mematuhi pengobatan selama perawatan di ruang Tropik Wanita dan setelah kepulangannya mampu melakukan perawatan terhadap diri atau keluarga secara mandiri di rumah.

##### **4.2.2 Tujuan Khusus**

Setelah dilakukan perencanaan pulang, klien dan keluarga mengetahui tentang pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan yang meliputi ketaatan pada jadwal pengobatan, nutrisi, aktivitas, pentingnya pemeriksaan laboratorium, dan paham akan pentingnya pada ALOS sesuai .

#### **4.3 Metode**

1. Diskusi
2. Tanya jawab

#### **4.4 Media**

1. Status klien
2. Sarana dan prasarana perawatan
3. Leaflet

**Mekanisme Kegiatan**

<b>Tahap</b>	<b>Kegiatan</b>	<b>Waktu</b>	<b>Tempat</b>	<b>Kegiatan klien dan keluarga</b>
Pembukaan	1. Memberi salam 2. Memperkenalkan diri 3. menjelaskan tujuan penyuluhan	1 menit	Kamar klien	Menjawab salam Mendengarkan Mendengarkan
Pelaksanaan	1. Menanyakan apakah keluarga sudah mengetahui tentang : a. Diet b. Obat-obatan c. Aktivitas dan istirahat 2. Menyampaikan materi tentang diet, obat-obatan, aktivitas dan istirahat penderita demam berdarah dan perencanaan kontrol jika diperlukan. 3. Memberi kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya. 4. Menanyakan kembali materi yang telah disampaikan	13 menit	Kamar klien	Menjawab pertanyaan penyuluh Mendengarkan Bertanya Menjawab pertanyaan
Penutup	1. Mengucapkan terima kasih 2. Menutup dengan salam	1 menit	Kamar klien	Mendengarkan Menjawab salam

**4.5 Evaluasi**

1. Evaluasi Struktur
  - a. Perisapan pasien
  - b. Persiapan leaflet dan kartu rencana pulang
2. Evaluasi Proses  
Proses perencanaan penyuluhan berjalan dengan baik
3. Evaluasi Struktur  
Klien dan keluarga mampu menjelaskan :



- a. Pentingnya nutrisi
- b. Obat-obatan
- c. Aktivitas selama perawatan yang diperbolehkan
- d. Perencanaan kontrol ketika pulang dan masih ada keluhan

**Lampiran 9**

**ATUAN ACARA PEMBELAJARAN  
DISCHARGE PLANNING PADA PASIEN DHF  
Tentang Kepatuhan Pengobatan Selama Pasien Dirawat  
Di Ruang Tropik Infeksi Wanita.**

**I. DEFINISI DHF :**

Penyakit demam berdarah adalah penyakit yang disebabkan oleh virus Dengue I,II,III, dan IV, yang ditularkan oleh nyamuk *aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*.

**II. TEMPAT HIDUP NYAMUK :**

1. Kebiasaan masyarakat menampung air bersih untuk keperluan sehari-hari.
2. Sanitasi lingkungan yang kurang baik
3. Penyediaan air bersih yang langka.

**III. INTERVENSI SELAMA PERAWATAN :****1. Penyakit DHF****A. Pemberian Obat :**

- 1) Mengingat waktu minum obat.
- 2) Minum obat vitamin jam 18 dan 06.
- 3) Injeksi Ranitidine 2 x1 ampul jam 18 dan 06.

**B. Nutrisi:**

- 4) Minum sehari 1,5-2 L/ hari .
- 5) Makan diit TKTP .
- 6) Makan diit lunak bagi yang masih panas suhu badannya.

**C. Aktifitas :**

- 7) Bed rest total bagi trombo rendah ( $< 50.000$  /ul).
- 8) Pakai kursi roda bagi trombo diatas 75.000 /ul.
- 9) Boleh jalan bila tombo diatas 100.000 /ul dan Sudah hari ke 5 dari demam.

**D. Laboratorium :**

- 10) Trombosit tiap hari .
- 11) Pemeriksaan IgM/IgG DHF
- 12) Pemeriksaan FH bila terjadi perdarahan.

**E. ALOS ( LAMA RAWAT INAP ) : 4-7 hari**

**Lampiran 10**

**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN *DISCHARGE PLANNING*  
PADA KLIEN DENGAN GE DI RUANG TROPIK WANITA RSUD  
SOETOMO SURABAYA**

**1.1 Konsep Acara**

Hari/Tanggal :

Waktu : 09.00-09.15 WIB

**1.2 Tujuan****1.2.1 Tujuan Umum**

Setelah dilakukan *Discharge Planning* klien bersedia mematuhi pengobatan yang dilakukan selama perawatan di ruang Tropik Wanita.

**1.2.2 Tujuan Khusus**

Setelah dilakukan perencanaan pulang, selama perawatan pasien mengetahui tentang pengobatan, kebutuhan nutrisi, aktivitas dan pemeriksaan hasil laboratorium terutama dalam penentuan ALOS .

**1.3 Metode**

1. Diskusi
2. Tanya jawab

**1.4 Media**

1. Status klien
2. Sarana dan prasarana perawatan
3. Leaflet

**1.5 Mekanisme Kegiatan**

<b>Tahap</b>	<b>Kegiatan</b>	<b>Waktu</b>	<b>Tempat</b>	<b>Kegiatan klien dan keluarga</b>
Pembukaan	1. Memberi salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan penyuluhan	1 menit	Kamar klien	Menjawab salam Mendengarkan Mendengarkan

Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan apakah pasien sudah mengetahui tentang :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. nutrisi( makanan)</li> <li>b. Obat-obatan</li> <li>c. Aktivitas dan hasil laboratorium.</li> </ol> </li> <li>2. Menyampaikan materi tentang makanan yang dianjurkan, obat-obatan, aktivitas dan istirahat penderita diare dan perencanaan kontrol jika diperlukan.</li> <li>3. Memberi kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya.</li> <li>4. Menanyakan kembali materi yang telah disampaikan.</li> </ol>	13 menit	Kamar klien	<p>Menjawab pertanyaan penyuluh</p> <p>Mendengarkan</p> <p>Bertanya</p> <p>Menjawab pertanyaan</p>
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengucapkan terima kasih</li> <li>2. Menutup dengan salam</li> </ol>	1 menit	Kamar klien	<p>Mendengarkan</p> <p>Menjawab salam</p>

**Lampiran 11**

**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN  
DISCHARGE PLANNING PADA PASIEN GE  
Tentang Kepatuhan Pengobatan Selama Pasien Dirawat  
Di Ruang Tropik Infeksi Wanita**

**1. Definisi Diare ( GE )**

Adalah buang air besar ( defekasi ) dengan tinja, berbentuk cairan atau setengah cairan

( setengah padat ), dengan demikian kandungan air pada tinja lebih banyak dari biasanya. ( Normal : 100 – 200 ml perjam tinja )

Menurut WHO ( 1980 ), diare adalah: buang air besar encer / cair lebih dari 3x sehari.

Diare akut adalah: diare yang awalnya mendadak dan berlangsung singkat, dalam beberapa jam / hari.

Penyebabnya adalah: bakteri, parasit ( cacing ), virus.

**1. Intervensi Pengobatan Penyakit GE :****A. Pemberian obat( sesuai dengan terapi dari dokter).**

1. Minum obat cotrimoxazol jam pemberian 18 dan 06 ( 2 x 960 mg).
2. Minum obat ciprofloxacin 2 x 500 mg jam 18 dan 06.
3. Minum Attapulgit 3 x 2 tablet/ hari(3 x 1200mg) jam 12,20 dan 04.
4. Minum Lodia 3 x 1 tablet / hari jam 12,20 dan 04 dan bila masih diare.
5. Injeksi Ciprofloxacin drip 2 x 400 mg /hari jam 18 dan 06.
6. Injeksi Ceftriaxon 2 x 1 gram / injeksi jam 18 dan 06.
7. Minum Metronidazol 3 x 500 mg tablet jam 12,20 dan 04
8. Injeksi metronidazol 3 x 500 mg jam 12,20 dan 04 drip.
9. Minum ranitidine 2 x 1 tablet jam 18 dan 06.
10. Injeksi ranitidine 2 x 1 ampul /hari jam 18 dan 06.

**B. Nutrisi:**

1. Makanan bubur bila diare masih profus.
2. Makan yang rendah serat selama diare.
3. Hindari susu kecuali susu entrasol yang khusus buat diare.
4. Makan pakai telur asin sebagai pengganti kalium(Daldiyono,1997).

**C. Aktifitas :**

1. Diare profus dianjurkan ditempat tidur lubang( colera coat) untuk BAB / BAK.
2. BAB / BAK dikamar mandi bila diare bisa ditahan dan jarang frekuensinya bisa pindah ditempat tidur biasa tanpa lubang.

**D. Laboratorium**

1. Periksa lekosit dalam DL .
2. Periksa Na- K
3. Periksa BUN-SC
4. Periksa BJ plasma

**E. ALOS ( average length of stay)**

1. 2-3 hari bagi diare tanpa komplikasi.

**Lampiran 12****PROTAP PENERIMAAN PASIEN BARU  
DI INSTALASI RAWAT INAP RSU Dr SOETOMO SURABAYA**

---

1. Setiap pasien baru harus diterima dengan senyum dan ramah.
2. Tempatkan pasien pada tempat yang aman dan nyaman.
3. Diberikan informasi sejelas-jelasnya tentang:
  - Kelas perawatan
  - Tata tertib ruangan
  - Biaya perawatan yang diperlukan
  - Penyakit yang diderita
  - Tindakan-tindakan yang akan dilakukan
  - Perawat/dokter yang bertanggung jawab
  - Perkiraan waktu yang diperlukan untuk perawatan
4. Yakinkan pada pasien bahwa semua informasi tentang status kesehatan pasien terjamin kerahasiaannya.

**Lampiran 13**

**LEMBAR PENERIMAAN PASIEN BARU  
RUANG TROPIK WANITA  
RSU Dr SOETOMO SURABAYA**

---

Nama :  
No. Reg. :  
Dx. Medis :  
Alamat :  
No. Telp yang bisa dihubungi:  
Penjelasan tentang :

1.  Perkenalan diri
2.  Perkenalan perawat yang bertanggung jawab
3.  Perkenalan dokter yang bertanggung jawab
4.  Penjelasan tentang aturan rumah sakit
  - a. Fasilitas
  - b. Jam berkunjung
  - c. Penunggu pasien
  - d. Waktu makan
5.  Perkenalan ruangan/lingkungan
  - a. Kamar mandi
  - b. Dapur
  - c. Ruang perawat
  - d. Ruang dokter
  - e. Musholla
6.  Dilarang membawa barang berharga
7.  Perkenalan pasien baru dengan pasien lain yang sekamar (bila ada)
8.  Menanyakan kembali tentang kejelasan informasi yang telah disampaikan

Keterangan : isi dengan “✓” jika sudah dilakukan.



Surabaya, ..... 2008

Perawat

Pasien/keluarga



## Lampiran 14

<div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p><b>KAMI SENANTIASA MENGUTAMAKAN KESEHATAN PENDERITA</b></p> </div>	<div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;"> <p><b>Discharge Planning Card</b> (Kartu Perencanaan Pasien Pulang)</p>  </div> <table style="width: 100%; border: 1px solid black; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">No. Reg</td> <td style="padding: 2px;">:</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Nama</td> <td style="padding: 2px;">:</td> <td style="padding: 2px;">L / P</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Umur</td> <td style="padding: 2px;">:</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Alamat</td> <td style="padding: 2px;">:</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Ruang</td> <td style="padding: 2px;">:</td> <td style="padding: 2px;">Tropik Wanita</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">No telp</td> <td style="padding: 2px;">:</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	No. Reg	:		Nama	:	L / P	Umur	:		Alamat	:		Ruang	:	Tropik Wanita	No telp	:	
No. Reg	:																		
Nama	:	L / P																	
Umur	:																		
Alamat	:																		
Ruang	:	Tropik Wanita																	
No telp	:																		

<p>Pulang dari RSUD Dr. Soetomo Surabaya dalam keadaan :</p> <p><input type="checkbox"/> Sembuh  <input type="checkbox"/> Pulang Paksa  <input type="checkbox"/> Pindah Rumah Sakit lain  <input type="checkbox"/> Meneruskan dengan berobat jalan</p>	<p><b>PERAWATAN DI RUMAH</b></p> <p>1. Aturan Diet :</p> <p>2. Obat yang masih diminum :</p> <p>3. Aktifitas dan istirahat :</p> <p>4. Yang Perlu Dibawa Saat Kontrol</p> <p><input type="checkbox"/> Resume            <input type="checkbox"/> USG  <input type="checkbox"/> CT Scan            <input type="checkbox"/> Foto Rontgen  <input type="checkbox"/> Hasil Lab          <input type="checkbox"/> Lain-lain:....</p>
<p><b>Ruang : Tropik Wanita</b></p>	<p>Jika Anda Pasien <b>ASKES/ASTEK</b>, siapkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surat Rujukan dari Puskesmas/Rumah Sakit</li> <li>• Kartu Askes/Astek Asli dan fotokopy</li> </ul>
<p><b>MRS :</b></p>	<p>Saya selaku pasien/keluarga pasien menyatakan telah mendapat penyuluhan hal - hal tersebut diatas oleh petugas RSUD Dr. Soetomo Surabaya dan telah dimengerti</p> <p style="text-align: right;">Pasien/keluarga,                      Perawat,</p>
<p><b>KRS :</b></p>	<p>(.....)</p>
<p>Yang di bawa pulang :</p> <p><input type="checkbox"/> Hasil Lab                  <input type="checkbox"/> Foto Rontgen  <input type="checkbox"/> CT Scan                    <input type="checkbox"/> Kartu Kontrol  <input type="checkbox"/> Surat ijin sakit       <input type="checkbox"/> Lainnya...</p>	<p>(.....)</p>

**DATA OBSERVASI HASIL LABORATORIUM PADA DHF**

LABORAT DHF TROMBOSIT	KONTROL		PERLAKUAN	
	PRE	POST	PRE	POST
Trombosit 1	75.000	150.000	85.000	150.000
Trombosit 2	85.000	150.000	95.000	175.000
Trombosit 3	80.000	175.000	80.000	185.000
ALOS 1	-	6	-	4
ALOS 2	-	4	-	5
ALOS 3	-	5	-	4

**DATA OBSERVASI HASIL LABORATORIUM PADA GE perlakuan**

No. Resp.		LEKOSIT	BUN	SC	Na	K	ALOS
1	pre	16.000	22	1.8	130	3.8	
	post	8.000	10	1.2	141	3.8	4
2	pre	15.000	20	1.9	134	3,2	
	post	9.000	16	1.2	137	3.9	4
3.	pre	16.000	21	2	132	2.5	
	post	10.000	18	1.2	140	3.8	5
4	Pre	12.000	20	1.7	135	3.1	
	post	9.000	15	1.2	142	3.9	4

**DATA OBSERVASI HASIL LABORATORIUM PADA GE kontrol**

No. Resp.		LEKOSIT	BUN	SC	Na	K	ALOS
1	pre	15.000	21	1.7	130	3.2	
	post	9.000	10	1.2	140	3.8	4
2	pre	16.000	20	1.9	135	3	
	post	10.000	15	1.2	137	3.9	5
3.	pre	16.000	22	2	130	2.5	-
	post	10.000	19	1.2	140	3.8	5
4	Pre	13.000	21	1.7	135	3.1	
	post	8.000	15	1.3	144	3.9	5

