

SKRIPSI

**PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* TERHADAP PENGETAHUAN,
SIKAP DAN KEPUASAN PASIEN**

**PENELITIAN *QUASY EXPERIMENTAL*
DI RUANG TROPIK WANITA RSU Dr. SOETOMO SURABAYA**



Oleh:

FITAND BRILLIANE NATALIA

NIM : 010410701B

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2008**

SKRIPSI

**PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* TERHADAP PENGETAHUAN,
SIKAP DAN KEPUASAN PASIEN**

**PENELITIAN *QUASY EXPERIMENTAL*
DI RUANG TROPIK WANITA RSU DR. SOETOMO SURABAYA**

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga



Oleh:

FITAND BRILLIANE NATALIA
NIM : 010410701B

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2008**

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, 1 Agustus 2008

Yang menyatakan,

Fitand Brilliane Natalia

NIM.010410701 B

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL : 1 AGUSTUS 2008

OLEH :

PEMBIMBING 1

Dr. Nursalam, M. Nurs (Honours)

NIP: 140 238 226

PEMBIMBING 2

Sumiatun, ETN, SST, SPd

NIP: 140 072 197

Mengetahui :

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Dr. Nursalam M.Nurs (Honours)

NIP. 140 238 226

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

TELAH DIUJI

Pada tanggal : 5 Agustus 2008

PANITIA PENGUJI

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

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

2. Siti Guntarlin, SKM (.....)
NIP. 140 072 200

Mengetahui :

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Dr. Nursalam M.Nurs (Honours)

NIP. 140 238 226

MOTTO

“be one of the proud few”

***Lakukan segala sesuatu dengan IKHLAS, awali dengan SENYUM,
KEYAKINAN dan tak lupa membaca BASMALAH.....
InsyaAllah, tugas sebanyak apapun, beban seberat apapun, akan
bisa kita lampau, kita selesaikan dengan BAIK. 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 Pengetahuan, Sikap dan Kepuasan Pasien**”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada program studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

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

1. Prof. Dr. H. Muhammad Amin, dr, SpP(K), selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Sarjana Keperawatan
2. Dr. Nursalam M.Nurs (Hons), selaku Ketua Program Studi 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 ijin, bantuan, fasilitas dan keleluasaan dalam keterlaksanaan dan kelancaran penelitian.

5. Perawat ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya (Ibu Nurul, Ibu Hima, Ibu Amirul, 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. Kedua orang tuaku (Bpk. Drs. Dahuru Apris Tiwoko dan Ibu Surtinah), dan adikku (Brilliant Van Fitof SR) terima kasih atas cinta, kasih sayang, doa, motivasi dan dukungan yang tiada henti sehingga skripsi ini dapat selesai tepat waktu.
8. Keluarga di Surabaya (P.Puh Bakir dan Budhe Mudjirah) terima kasih atas kasih sayang, doa, motivasi dan dukungan dalam membantu kelancaran penyusunan skripsi ini.
9. Teman-teman PSIK angkatan 2004 yang telah memberikan bantuan, kebersamaan dan motivasi sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
10. Teman-teman terbaikku, Heni, Ephi, Rani, Melani, Ade, Dodo 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, 1 Agustus 2008

Penulis

Fitand Brilliane Natalia

ABSTRACT**THE EFFECT OF DISCHARGE PLANNING ON KNOWLEDGE,
ATTITUDE AND SATISFACTION PATIENT AT WOMAN TROPICAL
WARD, DR SOETOMO HOSPITAL, SURABAYA****A Quasy-Experimental Study****By : Fitand Brilliane Natalia**

Discharge planning is an on going process that facilitates the discharge of the patient to the appropriate level of care. It involves a multidisciplinary assessment of patient/family needs and coordination of care, services and referrals. Discharge planning, however, has not been optimally implemented and simply given as more information. The objective of this study was to identify the presence of the effect of discharge planning on knowledge, attitude and satisfaction patient 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, knowledge, attitude and satisfaction. Data were analyzed by using Mann Whitney Test with significance level of $p \leq 0.05$.

The result showed that the effect of discharge planning on knowledge of 7 respondents as treatment group has $z = -2.17$, $p = 0.027$, attitude has $z = -2.687$, $p = 0.007$ and satisfaction $z = -2.175$, $p = 0.031$.

Conclusively, there is a significant effect of discharge planning on the change of knowledge, attitude and satisfaction patient at woman tropical ward, Dr Soetomo hospital, Surabaya. Further study should measure the effect of discharge planning on patient safety in patients with tropical disease.

Keywords: *knowledge, attitude, satisfaction and discharge planning application.*

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguj.....	iv
Motto	v
Ucapan Terima Kasih.....	vii
Abstract	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Lampiran	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Mutu Pelayanan Rumah Sakit	7
2.1.1 Pengertian.....	7
2.1.2 Komponen Pelayanan Kesehatan.....	7
2.1.3 Pendekatan Sistem dalam Penyelesaian Masalah Manajemen	8
2.2 Konsep Dasar MAKP (Model Asuhan Keperawatan Profesional)	20
2.2.1 Pengertian.....	20
2.2.2 Model Asuhan Keperawatan.....	20
2.2.3 Dasar Pertimbangan Pemilihan MAKP	20
2.3 Konsep Dasar <i>Discharge Planning</i>	21
2.3.1 Pengertian	21
2.3.2 Tujuan	21
2.3.3 Manfaat	22
2.3.4 Prinsip-prinsip dalam Perencanaan Pulang.....	23
2.3.5 Komponen Perencanaan Pulang.....	23
2.3.6 Faktor-faktor yang perlu dikaji dalam <i>discharge planning</i>	24
2.3.7 Tindakan Keperawatan pada Waktu Perencanaan Pulang	25
2.3.8 Jenis Pemulangan	26
2.3.9 Dokumentasi	26
2.3.10 Prosedur Perencanaan Pulang	27
2.4 Konsep Dasar Perilaku	28
2.4.1 Pengertian Perilaku	28
2.4.2 Bentuk Perilaku	30

2.4.3	Domain Perilaku.....	31
2.5	Konsep Dasar Kepuasan Pasien	39
2.5.1	Pengertian	39
2.5.2	Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan atau ketidakpuasan pasien.....	40
2.5.3	Dimensi Kepuasan.....	41
2.5.4	Pengukuran Kepuasan Pelanggan atau Pasien	46
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	48
3.1	Kerangka Konseptual	48
3.2	Hipotesis Penelitian.....	50
BAB 4	METODE PENELITIAN	51
4.1	Desain Penelitian.....	51
4.2	Kerangka Kerja	52
4.3	Populasi, Sampel dan Sampling.....	53
4.3.1	Populasi	53
4.3.2	Sampel.....	53
4.3.3	Sampling	54
4.3.4	Besar Sampel.....	54
4.4	Variabel Penelitian	55
4.5	Definisi Operasional Variabel.....	56
4.6	Prosedur Pengumpulan dan Pengolahan Data	58
4.6.1	Instrumen Penelitian.....	58
4.6.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	58
4.6.3	Prosedur Pengumpulan Data.....	58
4.6.4	Analisis Data	59
4.7	Etik Penelitian	60
4.7.1	Surat Persetujuan (Informed Consent).....	61
4.7.2	Tanpa Nama (Anonimity)	61
4.7.3	Kerahasiaan (Confidentiality)	61
4.8	Keterbatasan	62
BAB 5	HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN.....	63
5.1	Hasil Penelitian	63
5.1.1	Gambaran umum lokasi penelitian.....	63
5.1.2	Data umum responden.....	64
5.1.3	Data khusus responden.....	66
5.2	Pembahasan.....	70
BAB 6	SIMPULAN DAN SARAN.....	78
6.1	Simpulan	78
6.2	Saran.....	78
	Daftar Pustaka.....	80
	Lampiran	83

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Desain Penelitian.....	51
Tabel 4.2	Definisi Operasional	56
Tabel 5.1	Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap Pengetahuan Kelompok Perlakuan dan Kontrol Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008.....	69
Tabel 5.2	Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap Sikap Kelompok Perlakuan dan Kontrol Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008	69
Tabel 5.3	Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap Kepatuhan Kelompok Perlakuan dan Kontrol Pasien di Ruang Tropik Wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008.....	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Organisasi Fungsional	11
Gambar 2.2 Organisasi Produksi/divisional.....	11
Gambar 2.3 Organisasi Matrix	12
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap Pengetahuan, Sikap dan Kepuasan Pasien	48
Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terhadap Pengetahuan, Sikap dan Kepuasan Pasien.....	52
Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di Ruang Tropik Wanita RSU Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008.....	64
Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Ruang Tropik Wanita RSU Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008.....	65
Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan di Ruang Tropik Wanita RSU Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008	65
Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Biaya Perawatan di Ruang Tropik Wanita RSU Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008	65
Gambar 5.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Kelompok Perlakuan di Ruang Tropik Wanita RSU Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008.....	66
Gambar 5.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Kelompok Kontrol di Ruang Tropik Wanita RSU Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008	67
Gambar 5.7 Karakteristik Responden Berdasarkan Sikap Kelompok Perlakuan di Ruang Tropik Wanita RSU Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008	67
Gambar 5.8 Karakteristik Responden Berdasarkan Sikap Kelompok Kontrol di Ruang Tropik Wanita RSU Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008	68
Gambar 5.9 Karakteristik Responden Berdasarkan Kepuasan Kelompok Perlakuan Dan Kontrol di Ruang Tropik Wanita RSU Dr Soetomo Surabaya Juni- Juli 2008	68

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa	83
Lampiran 2	Lembar Permohonan menjadi Responden	84
Lampiran 3	Lembar Persetujuan menjadi Responden Penelitian	85
Lampiran 4	Kuesioner	86
Lampiran 5	Satuan Acara Pembelajaran <i>Discharge Planning</i>	96
Lampiran 6	Tata Tertib Rawat Inap di Ruang tropik Infeksi Wanita	102
Lampiran 7	Protap Penerimaan Pasien Baru	103
Lampiran 8	Format Penerimaan Pasien Baru	104
Lampiran 9	Kartu <i>Discharge Planning</i>	105
Lampiran 10	Leaflet	106
Lampiran 12	Tabulasi Hasil Penelitian	112
Lampiran 13	Hasil Uji Statistik	114

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Discharge planning atau perencanaan pulang merupakan suatu program perawatan yang diberikan mulai awal pasien masuk rumah sakit (awal MRS) sampai pasien dinyatakan pulang oleh tim kesehatan. Hal ini merupakan suatu proses yang menggambarkan usaha kerjasama antara tim kesehatan, keluarga dan klien (Nursalam, 2007). *Discharge planning* atau perencanaan pulang merupakan proses terintegrasi yang terdiri dari fase-fase yang ditujukan untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkesinambungan (Taylor, 1997). Pasien merupakan konsumen pelayanan kesehatan yang menuntut pelayanan lebih sesuai dengan haknya. Mereka mudah mengutarakan keluhan terhadap pelayanan rumah sakit dan pelayanan tenaga kesehatan yang mengecewakan (Astuti, 2000). Pelaksanaan *discharge planning* di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo masih belum optimal karena hanya dilakukan saat pasien keluar RS. Pasien hanya diberi kartu yang berisi waktu kontrol, diet, obat, nutrisi, perawatan selama di rumah, dan lain-lain. Idealnya, pelaksanaan *discharge planning* dilakukan dari awal pasien MRS sampai keluar RS. Awal pasien MRS, diberikan orientasi tentang tata tertib ruangan, tindakan-tindakan yang akan dilakukan, perawat/dokter yang bertanggung jawab dan perkiraan waktu yang diperlukan untuk perawatan. Selama perawatan, pasien diinformasikan tentang perawatan yang diterimanya dengan jelas, sehingga pengetahuan pasien bertambah dan pasien paham. Sebelum KRS, pasien diinformasikan tentang aturan diet/nutrisi, obat yang masih diminum, aktivitas dan istirahat, lanjutan perawatan di rumah dan jadwal kontrol.

Pelaksanaan *discharge planning* di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo yang belum optimal, bisa menyebabkan sikap pasien yang kurang mendukung penyembuhan dan membuat pasien tidak puas dengan pelayanan yang diberikan. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya pada bulan April 2008, terdapat 87 pasien yang dirawat dengan DHF sebanyak 50 orang, gastroenteritis sebanyak 9 orang, observasi febris sebanyak 7 orang, thypoid sebanyak 2 orang dan morbili 1 orang. Dari 87 pasien tersebut hanya 9 orang yang datang untuk kontrol dan mematuhi semua anjuran yang ada di kartu *discharge planning*. Selama dirawat di RS, sekitar 88% pasien yang paham tentang penyakit yang dideritanya dan sikap pasien yang positif selama perawatan sebesar 84%. Sebagian besar pasien menyatakan puas akan perawatan yang diterimanya, yaitu sebesar 98%. Hal ini disebabkan karena pada bulan April 2008 terdapat mahasiswa keperawatan yang praktek profesi di ruang tropik wanita. Namun sampai saat ini pengaruh *discharge planning* di ruang tropik wanita terhadap pengetahuan, sikap dan kepuasan pasien masih belum bisa dijelaskan.

Rencana pemulangan pasien adalah penting dalam pelayanan kesehatan. Menurut Rorden dan Traft (1993) yang dikutip Kristina (2007), bahwa perencanaan pulang bertujuan untuk membantu pasien dan keluarga untuk dapat memahami permasalahan, pencegahan yang harus ditempuh, sehingga dapat mengurangi angka kambuh dan penerimaan kembali di rumah sakit dalam keadaan yang lebih parah. Dari data awal pada bulan April 2008 yang didapatkan hanya 10,3% pasien yang datang untuk kontrol dan mematuhi semua anjuran yang ada di kartu *discharge planning*. Selama ini, *discharge planning* yang diberikan yaitu pasien yang pertama kali masuk RS diberikan orientasi tentang ruangan dan

dokter/perawat yang akan merawat. Sebelum keluar RS, pasien diinformasikan tentang aturan diet/nutrisi, aktivitas yang boleh dilakukan dan tidak boleh dilakukan serta jadwal kontrol. Informasi yang diperoleh kurang jelas, sehingga pasien kurang paham dan merasa tidak puas. Kepuasan pasien akan tercapai apabila diperoleh hasil yang optimal bagi setiap pasien dan pelayanan kesehatan memperhatikan terhadap keluhan pasien, kondisi lingkungan fisik dan memprioritaskan kebutuhan pasien.

Dengan penerapan *discharge planning* yang baik diharapkan pasien dapat mengetahui kondisi kesehatan yang sedang dialami, mengetahui tenaga perawat/dokter yang bertanggung jawab, mengetahui perawatan/ pengobatan yang akan diterima dan mengetahui ketentuan-ketentuan rumah sakit secara dini serta kesiapan dalam menghadapi keadaan dirinya setelah pasien dinyatakan pulang dari rumah sakit. *Discharge planning* yang tidak berjalan dapat mengakibatkan kegagalan dalam program perencanaan perawatan pasien baik di Rumah Sakit maupun di rumah yang akan berpengaruh terhadap lamanya pasien dirawat dan ketergantungan pasien. Menurut Supriyo (2006) kinerja perawat yang mempunyai pengetahuan yang baik menunjukkan peningkatan penerapan *discharge planning* pada pasien yang dirawat, serta sikap yang positif ditunjukkan perawat akan berdampak terhadap pelaksanaan penerapan *discharge planning* dalam memberikan asuhan keperawatan, sehingga bukti layanan keperawatan akan memberikan citra yang adekuat pada rumah sakit dimasa yang akan datang serta terpenuhi kebutuhan perawatan berkesinambungan, yang berdampak meminimalkan komplikasi penyakit pasien. Menurut Kristina (2007) penerapan *discharge planning* berpengaruh terhadap kepatuhan pasien terhadap anjuran yang

diberikan sesuai dengan terapi dan dapat merubah psikomotor yang ditunjukkan peningkatan keterampilan pasien dalam mencegah komplikasi.

Berdasarkan fenomena di atas perlu dioptimalkannya pelaksanaan *discharge planning* yang bertujuan untuk memberikan informasi kepada pasien sesuai dengan kebutuhannya, dengan harapan pasien dan keluarga paham tentang keadaannya, dapat melakukan perawatan diri dengan baik setelah keluar RS dan pasien merasa puas terhadap pelayanan perawatan yang diterima selama di RS, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh *discharge planning* terhadap pengetahuan, sikap dan kepuasan pasien di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan penjelasan diatas maka peneliti merumuskan masalah yang akan dibahas dalam penelitian sebagai berikut:

1. Apakah ada pengaruh *discharge planning* terhadap pengetahuan pasien yang dirawat di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya?
2. Apakah ada pengaruh *discharge planning* terhadap sikap pasien yang dirawat di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya?
3. Apakah ada pengaruh *discharge planning* terhadap kepuasan pasien yang dirawat di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh *discharge planning* terhadap pengetahuan, sikap dan kepuasan pasien yang dirawat di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi perubahan pengetahuan pasien yang dirawat di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya
2. Mengidentifikasi perubahan sikap pasien yang dirawat di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya
3. Mengidentifikasi kepuasan pasien yang dirawat di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Memperkuat teori bahwa *discharge planning* sebagai suatu proses pembelajaran yang berfungsi memberikan *health education* kepada pasien dan keluarga, karena pengetahuan dan sikap yang sesuai diperlukan untuk menambah pengetahuan, sehingga pasien merasa puas dengan pelayanan perawatan rumah sakit.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Pasien
 - (1). Meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan perawatan di rumah.
 - (2). Meningkatkan perawatan secara berkelanjutan pada pasien.

(3). Meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan dalam memperbaiki dan mempertahankan status kesehatan pasien.

2. Bagi Perawat

(1). Terjadi pertukaran informasi antara perawat dengan pasien sebagai penerima pelayanan.

(2). Mengevaluasi pengaruh intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab kedua ini akan dibahas tentang lima konsep yang berkaitan dengan penelitian yang akan dilakukan yaitu mutu pelayanan rumah sakit, konsep MAKP, konsep *discharge planning*, konsep perilaku dan kepuasan pasien.

2.1 Konsep Mutu Pelayanan Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian

Mutu pelayanan adalah derajat memberikan pelayanan secara efisien dan efektif sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan yang dilaksanakan secara menyeluruh sesuai dengan kebutuhan pasien, memanfaatkan teknologi tepat guna, hasil penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan atau keperawatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal.

2.1.2 Komponen Pelayanan Kesehatan

Komponen pelayanan kesehatan di rumah sakit meliputi:

- **Komponen struktur**

Menunjukkan aspek institusional fasilitas pelayanan kesehatan seperti ukuran, kompleksitas, jumlah dan luasnya unit atau departemen, jumlah atau kualifikasi staf, peralatan medis dan non medis, struktur organisasi, sistem keuangan dan sistem informasi.

- **Komponen proses**

Menunjukkan apa yang sesungguhnya dilakukan terhadap pasien untuk mendapatkan pelayanan. Ini termasuk aktivitas pasien dalam mencari pengobatan dan pelayanan termasuk juga aktivitas pemberi pelayanan

kesehatan di dalam membuat diagnosis, merekomendasikan pengobatan dan penerapan pengobatan.

- **Komponen Output (hasil)**

Menunjukkan efek pelayanan yang diberikan terhadap tingkat status kesehatan pasien atau masyarakat yang dapat berupa perbaikan fungsi fisiologis, psikologis, pengurangan penderitaan, sakit dan penyakit.

- **Komponen outcome (dampak)**

Tingkat kepuasan pasien.

2.1.3 Pendekatan Sistem dalam Penyelesaian Masalah Manajemen

➤ **Input**

Terdiri dari faktor eksternal dan internal. Faktor eksternal terdiri dari organisasi, tenaga kesehatan, fasilitas dan sumber daya manusia, pasien, kebijakan RS dan standar. Sedangkan faktor internal terdiri dari pengetahuan dan harapan pelanggan.

1. Organisasi

Organisasi adalah suatu sistem perserikatan formal dari dua orang atau lebih yang bekerja sama untuk mencapai tujuan tertentu (Hasibuan,2006). Menurut Sukarno (2000) organisasi terdiri atas komponen manusia, pekerjaan, hubungan dan lingkungan. Manusia merupakan pemeran utama dalam setiap organisasi.

a. Susunan Organisasi RSU di Indonesia

Susunan Organisasi Rumah Sakit umum Kelas A terdiri dari:

- a) Direktur
- b) Wakil direktur
- c) Bagian sekretariat
- d) Bidang penunjang medis

- e) Bidang pelayanan medis
- f) Bidang perawatan
- g) Bidang pendidikan dan latihan
- h) Bidang keuangan
- i) Unit Pelaksana Fungsional terdiri dari:
 - 1. Unit rawat jalan
 - 2. Unit anestesi dan Perawatan Intensif dan Sub Spesialisasinya
 - 3. Unit Pelayanan Darurat Medik
 - 4. Unit Radiologi dan Sub Spesialisasinya
 - 5. Unit Pelayanan Rehabilitasi Medis dan Sub Spesialisasinya
 - 6. Unit Penyakit Dalam dan Sub Spesialisasinya
 - 7. Unit Penyakit Anak dan Sub Spesialisasinya
 - 8. Unit Penyakit Jantung dan Sub Spesialisasinya
 - 9. Unit Bedah dan Sub Spesialisasinya
 - 10. Unit Kebidanan & Penyakit Kandungan dan Sub Spesialisasinya
 - 11. Unit Penyakit Mata dan Sub Spesialisasinya
 - 12. Unit Penyakit Telinga, Hidung dan Tenggorokan dan Sub Spesialisasinya
 - 13. Unit Penyakit Gigi dan Mulut dan Sub Spesialisasinya
 - 14. Unit Bedah Syaraf dan Sub Spesialisasinya
 - 15. Unit Penyakit Jiwa dan Sub Spesialisasinya
 - 16. Unit Penyakit Syaraf dan Sub Spesialisasinya
 - 17. Unit Penyakit Kelamin & Kulit dan Sub Spesialisasinya
- j) Instalasi terdiri dari:
 - 1. Instalasi Farmasi
 - 2. Instalasi Patologi

3. Instalasi Laboratorium Klinik
4. Instalasi Gizi
5. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
6. Instalasi Kamar Jenazah

Untuk RSU kelas B tidak ada subspecialisasinya. Susunan organisasi RS kelas C dan D lebih sederhana jika dibandingkan dengan kelas A dan B. Disini tidak ada wakil direktur, tetapi dilengkapi dengan staf khusus yang mengurus administrasi. Kondisi ini berpengaruh pada jenis pelayanan medis dan jumlah staf profesional (medis dan paramedis) yang dipekerjakan pada tiap-tiap RS ini. Secara umum, jenis kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan juga akan ikut menentukan peningkatan kelas sebuah RS di suatu wilayah, terutama yang berlokasi di ibu kota provinsi.

b. Tujuan organisasi

Organisasi jika dilihat dari sudut tujuannya dikenal organisasi perusahaan (business organization) dan organisasi sosial (public organization). Organisasi perusahaan bertujuan untuk mendapatkan laba dan prinsip kegiatannya ekonomis rasional. Organisasi sosial bertujuan memberikan pelayanan, sedangkan prinsip kegiatannya ialah pengabdian sosial, misalnya Organisasi Republik Indonesia.

c. Tipe struktur Organisasi

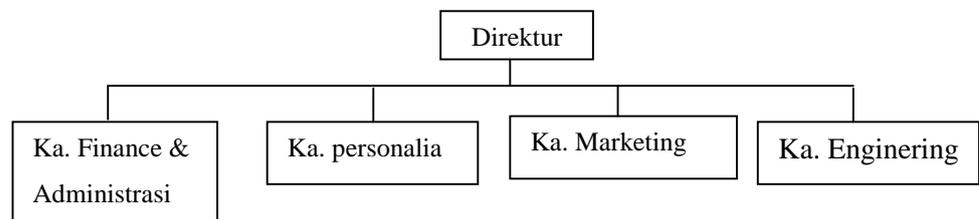
Menurut Adikoesoemo (1997) terdapat tiga tipe struktur organisasi yang dipakai saat ini, yaitu:

1. Fungsional
2. Divisional
3. Matrix

Saat ini yang sering dipakai adalah campuran dari ketiga tipe ini yaitu disebut organisasi hibrid.

1. Organisasi fungsional

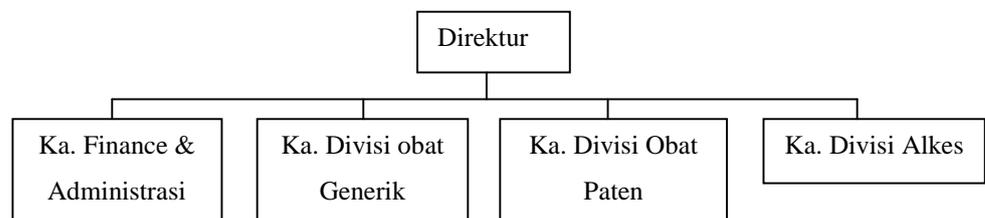
Bentuk tipe ini didasarkan atas input untuk melakukan organisasi. Khusus dalam tipe ini input adalah fungsi atau spesialisasi dari tugas masing-masing seperti finance, marketing, engineering, produksi, researed and development personel. Jadi pembagian tugas disini berdasarkan fungsi/spesialisasi tugas masing-masing (Gambar 2.1).



Gambar 2.1 Organisasi Fungsional

2. Organisasi produksi/divisional

Dibentuk berdasarkan output yang dihasilkan oleh organisasi. Yang paling sering, output ini dalam hal produk yang dihasilkan, tetapi bisa juga output yang lain seperti program ataupun proyek, juga pemasaran letak geografis bisa masuk ke divisionalisasi (Gambar 2.2).

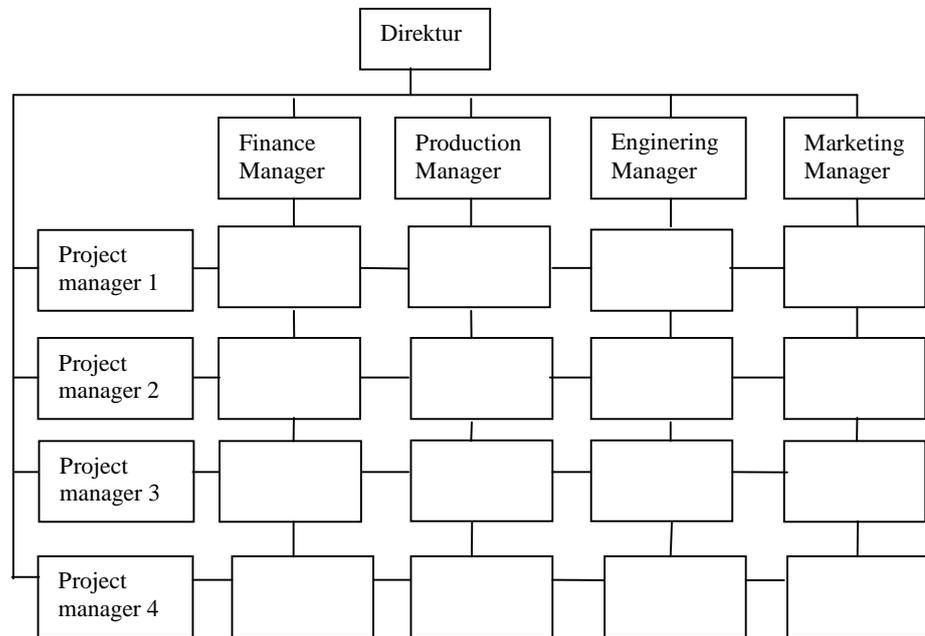


Gambar 2.2 Organisasi produksi/divisional

3. Organisasi matrix

Organisasi ini merupakan organisasi yang terstruktur antara fungsional dan product divisional. Input/fungsi atau spesialisasi adalah prinsip dari organisasi fungsional di satu pihak digabung dengan output (produk,

program, letak geografis) sebagai dasar dari product divisional. Organisasi ini menunjukkan adanya prinsip satu komando, biarpun pada praktiknya 1 orang mempunyai 2 boss (Gambar 2.3)



Gambar 2.3 Organisasi Matrix

2. Tenaga Kesehatan

Pengadaan tenaga kesehatan untuk memenuhi kebutuhan diselenggarakan antara lain melalui pendidikan dan pelatihan yang dilaksanakan oleh pemerintah dan atau masyarakat, demikian antara lain bunyi pasal 51 UU No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan. Untuk mendukung hal tersebut maka PP No. 32 tentang tenaga kesehatan telah menetapkan bahwa Perencanaan nasional tenaga kesehatan adalah menjadi tanggung jawab Menteri Kesehatan dengan memperhatikan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat, sarana pelayanan kesehatan serta jenis dan jumlah tenaga kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Untuk mencapai dan menetapkan ukuran tentang semua upaya kesehatan agar dapat diukur secara baik, maka melalui Keputusan Menteri Kesehatan

nomor 1202/Menkes/ SK/VIII/2003 telah ditetapkan indikator keberhasilan Indonesia Sehat 2010 untuk semua jenis pelayanan kesehatan termasuk tentang indikator sumber daya kesehatan yang merupakan kelompok indikator proses dan masukan untuk mencapai atau melaksanakan pelayanan kesehatan dalam mencapai Indonesia Sehat 2010.

o Kebutuhan Tenaga Kesehatan Tahun 2010

Dalam Kepmenkes 1202 tahun 2003 tentang indikator Indonesia sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat, indikator tenaga kesehatan baru ditetapkan sebanyak 10 (sepuluh) jenis tenaga kesehatan antara lain :

Penduduk tahun 2010 Rasio per 100.000

Tenaga Kesehatan tahun 2010* Perkiraan Jumlah

a. Dokter = 40 94.376

b. Dokter spesialis =6 14.156

c. Dokter keluarga = 2 : 1.000 keluarga 94.376 (asumsi 1 kel 5 jiwa)

d. Dokter gigi = 11 25.953

e. Apoteker = 1.023.594

f. Bidan = 100.235.939

g. Perawat = 1.175.276.049

h. Ahli gizi = 2.251.907

i. Ahli sanitasi = 4 094.376

j. Ahli kesehatan masyarakat = 4.094.376

*) Dengan mempergunakan dasar perhitungan tersebut maka apabila mengacu jumlah penduduk di tahun 2003 sebanyak 214.800.000 jiwa dan perkiraan penambahan penduduk sebesar 1,35 % per tahun maka pada

tahun 2010 penduduk Indonesia diperkirakan sebesar 235.939.000 jiwa sehingga pada saat itu dibutuhkan sejumlah tenaga kesehatan untuk mendukung pencapaian Indonesia Sehat 2010.

3. Fasilitas

Menurut Wolper (2001) *master site* dan rencana fasilitas mendefinisikan sebuah kerangka kerja untuk memusatkan perhatian pada kebutuhan fasilitas suatu organisasi pada periode yang tidak ditentukan. Dengan *Master site* dan rencana fasilitas yang layak, lembaga dapat menanggapi pertumbuhan yang cepat atau perlunya mengganti fasilitas yang ada dengan cara yang masuk akal dan bertahap. *Master site* dan rencana fasilitas organisasi mempertimbangkan beberapa item kunci, meliputi berikut ini:

- Hubungan antar departemen
- Arus pasien, pengunjung, staf dan pasokan di seluruh lembaga
- Pengembangan tempat termasuk kebutuhan tempat parkir
- Fasilitas lain yang sekarang ada dan yang terencana di kampus seperti pusat perawatan berjalan, gedung kantor bagi dokter, fasilitas perawatan jangka panjang, struktur parkir dan pusat-pusat keahlian khusus
- Evaluasi fungsional dan perekayasaan terhadap nilai-nilai yang dekat maupun jangka panjang dari masing-masing struktur
- Pembelian atau penjualan bangunan
- Sistem transportasi vertikal dan horizontal
- Pengembangan layanan dan program masa depan

Selama tahap perencanaan fasilitas dan *master site*, organisasi menyetujui sebuah konsep pengembangan jangka panjang yang mendasar, prioritas

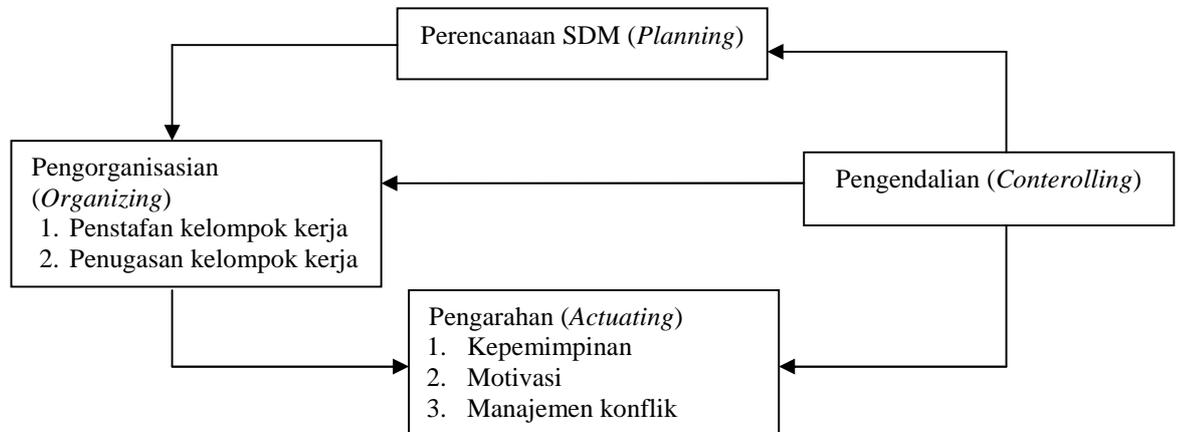
pengembangan dan pentahapan potensial dari pengembangan itu. Segera setelah ditinjau dan disetujui rencana fasilitas dan master site bersama dengan prioritas program organisasi dan pengekangan anggaran digunakan untuk mengidentifikasi lingkup tahap awal dari proyek yang diusulkan. Prioritas program yang ditentukan dalam rencana strategik organisasi harus mengarahkan prioritas pengembangan fasilitas yang digambarkan dalam rencana fasilitas dan *master site*.

Selama tahun 1900-an, masalah pengembangan fasilitas utama tidak hanya melibatkan penyesuaian kembali fasilitas pasien rawat inap tetapi juga pengembangan pusat pemberian perawatan kesehatan alternatif yang mandiri, seperti pusat perawatan bedah, pusat perawatan primer, pusat pembedahan berjalan, pusat persalinan dan pusat penyehatan. Pusat layanan alternatif ini dirancang untuk kondisi berjalan yang tidak mengancam jiwa, yang tidak perlu dirawat di RS. Pusat-pusat tersebut mewakili respons industri perawatan kesehatan terhadap konsumerisme perawatan kesehatan masyarakat yang terus berkembang, perawatan terkelola, keprihatinan terhadap biaya rumah sakit yang tinggi dan keinginan mendapat kemudahan dan partisipasi yang lebih besar di dalam perawatan anggota keluarga.

4. Sumber Daya Manusia

Menurut Soeroso (2003) manajemen sumber daya manusia (SDM) memiliki lingkup yang luas. Salah satu pengertian dan batasan yang digunakan adalah manajemen sumber daya manusia merupakan kebijakan dan praktik yang dibutuhkan oleh seseorang untuk menjalankan aspek sumber daya manusia dari posisi sebagai manajer. Manajemen sumber daya manusia terdiri

atas perencanaan, pengembangan karier, pendidikan dan pelatihan dan kegiatan-kegiatan yang bersifat strategis lainnya.



Gambar Siklus Manajemen Sumber Daya Manusia

Menurut Forsyth (1999) dalam Soeroso (2003) kegiatan kunci dalam sumber daya manusia adalah perencanaan, perekrutan dan seleksi, pengorganisasian tim, pengembangan karyawan agar mau bekerja, serta membuat keputusan dalam rangka mengendalikan kegiatan dan memperbaiki perencanaan apabila diperlukan. Mc Leod (1995) yang dikutip Soeroso (2003) memandang manajemen dari sudut manajemen sistem informasi dan pengelompokan komponen manajemen sumber daya manusia sebagai berikut:

1. Perekrutan (*recruiting*)
2. Penerimaan (*Hiring*)
3. Pendidikan dan pelatihan (*Education and Training*)
4. Pemutusan hubungan kerja (*Firing*)
5. Administrasi tunjangan (*Employee benefits administration*)
6. Manajemen informasi Sumber daya Manusia (*Human Resource Information Management*).

- ❖ Perencanaan sumber daya manusia meliputi kegiatan-kegiatan sebagai berikut:
 1. *Skill Inventory* ialah suatu pencatatan dan penyimpanan data secara rinci mengenai karyawan termasuk catatan pendidikan, pelatihan, pengalaman, lama bekerja, posisi kerja sekarang, gaji sekarang dan gambaran sosio-demografik seperti status perkawinan, umur, gender dan ras.
 2. *Job analysis* atau analisis jabatan ialah uraian tugas dan tanggung jawab dari pekerjaan tertentu dan karakteristik pribadi (pengetahuan dan keterampilan) yang dibutuhkan untuk menduduki jabatan tertentu agar berprestasi optimal.
 3. *Replacement chart* ialah suatu diagram yang menggambarkan seluruh jabatan di suatu organisasi, siapa menjabat apa saat ini dan siapa yang berpotensi untuk jabatan tersebut di kemudian hari.
 4. *Expert forecast* ialah peramalan yang dibuat oleh para ahli dengan menggunakan teknik tertentu seperti Delphi technique. Peramalan ini biasanya didasarkan pada asumsi-asumsi seperti perkembangan organisasi dan *unemployment rate*.

- ❖ Tujuan Manajemen Sumber Daya Manusia

Banyak alasan mengapa sumber daya manusia perlu dikelola dengan baik. Menurut Ivancevich (1995) dalam Soeroso (2003) alasan-alasan itu sebagai berikut:

- a. Membantu organisasi mencapai tujuan
- b. Mempekerjakan karyawan yang berketerampilan dan berkemampuan secara efisien
- c. Menyediakan karyawan yang terlatih baik dan memiliki motivasi tinggi
- d. Meningkatkan kepuasan kerja dan aktualisasi diri karyawan

- e. Mengembangkan dan memelihara kualitas kehidupan pekerja.
- f. Mengkomunikasikan kebijakan manajemen sumber daya manusia kepada semua karyawan
- g. Memelihara kebijakan etika dan menumbuhkan perilaku tanggung jawab sosial
- h. Melakukan manajemen perubahan demi keuntungan bersama baik bagi individu, kelompok, perusahaan maupun publik.

5. Standar

Standar adalah rumusan tentang penampilan atau nilai diinginkan yang mampu di capai, berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan (Donabedian, 1980 dalam Soeroso, 2003). Dari definisi itu jelas bahwa RS perlu mempelajari apa saja standar-standar yang berlaku baik untuk tingkat RS maupun untuk masing-masing pelayanan misalnya pelayanan (Yan) medis, Yan Keperawatan, Administrasi dan Manajemen, Rekam Medis, Yan Gawat Darurat, dsb.

Standar-standar ini terdiri dari elemen struktur, proses dan hasil (outcome). Struktur adalah fasilitas fisik, organisasi, sumber daya manusianya, sistem keuangan, peralatan medis dan non-medis, AD/ART, kebijakan, SOP/Protap, dsb. Proses adalah semua pelaksanaan operasional dari staf/unit/bagian RS kepada pasien/keluarga/masyarakat pengguna jasa RS tersebut. Hasil (outcome) adalah perubahan status kesehatan pasien, perubahan pengetahuan/pemahaman serta perilaku yang mempengaruhi status kesehatannya di masa depan, dan kepuasan pasien. Hasil biasanya diukur dengan indikator RS atau indikator klinis.

➤ Proses

Terdiri dari *planning* (P) atau perencanaan, *organizing* (O) atau pengorganisasian, *actuating* (A) atau pengarahan dan *controlling* (C) atau pengendalian.

1. *Planning* atau perencanaan, yaitu menetapkan apa yang harus dilakukan.

Misalnya perencanaan harian, bulanan, triwulan/semester dan tahunan.

2. *Organizing* atau Pengorganisasian, yaitu penugasan kelompok kerja serta penstafan atau penyusunan personalia. Misalnya pengorganisasian MAKPMetode tim atau primer atau kasus.

3. Tenaga

Uraian tugas dan pengembangan tugas.

4. Pengarahan

Serah terima pasien dan supervisi.

5. Pengawasan

Audit mutu dan umpan balik (Askep) dan pelayanan/kinerja.

➤ Output, terdiri dari :

1. Askep berkualitas

2. Adanya perencanaan

3. Job diskripsi jelas (tanggung jawab dan terlaksana supervisi, timbang terima, *discharge planning*, ronde keperawatan dan sentralisasi obat (min 1x/hr)

4. Umpan balik staf

5. Kepuasan konsumen (pasien, keluarga, tenaga kesehatan lain)

6. Pelaksanaan pengarahan staf sesuai program.

2.2 Konsep MAKP (Model Asuhan Keperawatan Profesional)

2.2.1 Pengertian

Sistem MAKP adalah suatu sistem (struktur, proses dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan, yang dapat menopang pemberian asuhan tersebut (Hoffart & Woods, 1996 yang dikutip Sitorus, 2006). Penerapan MAKP dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya: M1 (*Man*), M2 (*material*), M3 (*metode*), M4 (*money*) dan M5 (*market*), (Nursalam, 2002). Dengan meningkatnya pendidikan bagi perawat, diharapkan dapat memberikan arah terhadap pelayanan perawatan berdasarkan pada isu di masyarakat (Nursalam, 2002).

2.2.2 Metode Asuhan Keperawatan

Metode Asuhan keperawatan 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

Menurut Marquist dan Huston, 1998 yang dikutip Nursalam (2002), bahwa setiap perubahan akan berdampak terhadap suatu stres, maka perlu mempertimbangkan 6 unsur utama dalam pemilihan metode asuhan keperawatan.

1. Sesuai dengan visi dan misi institusi

2. Dapat diterapkannya proses keperawatan dalam asuhan keperawatan
3. Efisien dan efektif penggunaan biaya
4. Terpenuhinya kepuasan klien, keluarga dan masyarakat
5. Kepuasan kinerja perawat
6. Terlaksananya komunikasi yang adekuat antara perawat dan tim 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) yang dikutip Kristina (2007) 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 dalam Kristina, 2007).

2.3.2 Tujuan

Menurut Jipp dan Siras (1986) yang dikutip Kristina (2007) 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) dalam Kristina (2007) 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.

2.3.4 Manfaat

Menurut Spath (2003) dalam Kristina (2007), 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.

2.3.5 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.

2.3.6 Komponen Perencanaan Pulang

Menurut Jipp dan Sirass (1986) dalam Kristina (2007), 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 dijelaskann 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 tetep dibawakan ke pasien.

4. Hasil pemeriksaan

Hasil pemeriksaan luar sebelum MRS dan hasil pemeriksaan selama MRS dibawakan ke pasien waktu pulang.

5. Surat-surat seperti: surat keterangan sakit, surat kontrol

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) dalam Kristina (2007) 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 bertahan: 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) dalam Kristina (2007), 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

- Keterampilan khusus: *Activity Daily Living*, identifikasi masalah, gejala, pemecahan masalah yang timbul dalam kaitannya dengan perawatan di rumah.
- 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) dalam Supriyo (2006), 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) dalam Supriyo (2006), 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 informasi tambahan yang diperlukan.
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 Konsep Dasar Perilaku

2.4.1 Pengertian Perilaku

Notoatmodjo (2003) mendefinisikan perilaku sebagai tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar.

Skinner (1938) seorang ahli psikologi, mengemukakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respon) dan respons. Ia juga merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” (*Stimulus-Organisme-Respons*). Skinner membedakan adanya 2 respons, yakni :

a. *Respondent Respons* atau *Reflexive Respons*

Adalah respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu. Perangsangan-perangsangan semacam ini disebut eliciting stimuli karena menimbulkan respons-respons yang relatif tetap, misalnya makanan lezat menimbulkan keluarnya air liur, cahaya yang kuat akan menyebabkan mata tertutup, dan sebagainya. Pada umumnya perangsangan-perangsangan yang demikian itu mendahului respons yang ditimbulkan.

Respondent respons (*respondent behaviour*) ini mencakup juga emosi respons atau emotional behaviour. Emotional respons ini timbul karena hal yang kurang mengenakkan organisme yang bersangkutan, misalnya menangis karena sedih atau sakit, muka merah (tekanan darah meningkat karena marah). Sebaliknya hal-hal yang mengenakkan pun dapat menimbulkan perilaku emosional misalnya tertawa, berjingkat-jingkat karena senang dan sebagainya.

b. *Operant Respons* atau *Instrumental Respons*

Adalah respons yang timbul dan berkembangnya diikuti oleh perangsang tertentu. Perangsang semacam ini disebut reinforcing stimuli atau reinforcer karena perangsangan-perangsangan tersebut memperkuat respons yang telah dilakukan oleh organisme.

Oleh sebab itu, perangsang yang demikian itu mengikuti atau memperkuat suatu perilaku yang telah dilakukan. Apabila seorang anak belajar atau telah melakukan suatu perbuatan kemudian memperoleh hadiah maka ia akan menjadi lebih giat belajar atau akan lebih baik lagi melakukan perbuatan tersebut. Dengan kata lain responnya akan lebih intensif atau lebih kuat lagi.

Didalam kehidupan sehari-hari, respons jenis pertama (responden respons atau *respondent behaviour*) sangat terbatas keberadaannya pada manusia. Hal ini disebabkan karena hubungan yang pasti antara stimulus dan respons, kemungkinan untuk memodifikasinya adalah sangat kecil. Sebaliknya operant respons atau instrumental behaviour merupakan bagian terbesar dari perilaku manusia dan kemungkinan untuk memodifikasi sangat besar bahkan dapat dikatakan tidak terbatas. Fokus teori Skinner ini adalah pada respons atau jenis perilaku yang kedua ini (Notoatmodjo, 2003).

2.4.2 Bentuk Perilaku

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respons organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subjek tersebut. Respons ini berbentuk 2 macam, yakni :

- a. Bentuk pasif, adalah respons internal yaitu yang terjadi didalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Misalnya seorang ibu tahu bahwa imunisasi itu dapat mencegah suatu penyakit tertentu meskipun ibu tersebut tidak membawa anaknya ke puskesmas untuk diimunisasi. Contoh lain seorang yang menganjurkan orang lain untuk mengikuti keluarga berencana meskipun ia sendiri tidak ikut keluarga berencana. Dari kedua contoh tersebut terlihat bahwa ibu telah tahu gunanya imunisasi dan contoh kedua orang tersebut telah mempunyai sikap yang positif untuk mendukung keluarga berencana meskipun mereka sendiri belum melakukan secara konkret terhadap kedua hal tersebut. Oleh sebab itu perilaku mereka ini masih terselubung (*covert behaviour*).
- b. Bentuk aktif, yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung. Misalnya pada kedua contoh di atas, si ibu sudah membawa anaknya ke puskesmas atau fasilitas kesehatan lain untuk imunisasi dan orang pada kasus kedua sudah ikut keluarga berencana dalam arti sudah menjadi akseptor KB. Oleh karena perilaku mereka ini sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata maka disebut *overt behaviour*.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap adalah merupakan respons seseorang terhadap stimulus atau rangsangan yang masih bersifat terselubung dan disebut *covert behaviour*. Sedangkan tindakan nyata

seseorang sebagai respons seseorang terhadap stimulus (*practice*) adalah merupakan overt behaviour (Notoatmodjo, 2003).

2.4.3 Domain Perilaku

Menurut Bloom (1908), perilaku dibagi kedalam 3 domain (ranah atau kawasan). Ketiga domain perilaku tersebut yaitu kognitif (*cognitive domain*), afektif (*affective domain*), dan psikomotor (*psycomotor domain*). Untuk kepentingan pengukuran hasil, kognitif diukur dari pengetahuan, afektif dari sikap dan psikomotor melalui tindakan atau ketrampilan yang dilakukan.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran secara langsung yakni dengan melakukan observasi tindakan atau kegiatan responden (Notoatmodjo, 2003).

Dalam perkembangannya, teori Bloom di atas dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yaitu: 1) Pengetahuan (*knowledge*); 2) Sikap (*attitude*); 3) Praktik atau tindakan (*practice/action*).

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah (*knowledge*) adalah hasil tahu dari manusia yang sekedar menjawab pertanyaan “*what*”, misalnya apa air, apa manusia, apa alam, dan sebagainya. Hal ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003).

Penelitian Roger (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut proses yang berurutan yaitu

1. *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui lebih dulu terhadap stimulus (objek).
2. *Interest* (merasa tertarik), terhadap stimulus (objek) tersebut, disini sikap objek sudah mulai timbul.
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang), terhadap baik tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik.
4. *Trial* dimana subjek sudah mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan pengetahuan kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.
5. *Adoption*, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian dari penelitian Roger menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melalui tahap-tahap tersebut diatas (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Bloom pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari. Termasuk dalam pengetahuan, tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, oleh sebab itu “tahu “ ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat diinterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyimpulkan terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah sesuatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek keadaan komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lainnya.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulai-formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas (Notoatmodjo, 2003).

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yakni :

1) Pendidikan.

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup

(Notoatmodjo, 1993:2). Pendidikan mempengaruhi proses belajar menurut I.B Mantra (1994:2) makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi, dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi baik dari orang lain maupun media massa, makin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan.

2) Pengalaman

Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan ketrampilan yang professional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan motivasi yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang keperawatan.

3) Umur

Dari sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama ini :

- a. Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya.
- b. Tidak dapat mengerjakan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran baik fisik maupun mental. Dapat diperkirakan bahwa IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain seperti misalnya kosakata dan pengetahuan umum. Beberapa teori berpendapat ternyata akan menurun cukup cepat sejalan dengan berjalan tumbuhnya usia.

2. Sikap

Sikap adalah suatu pola perilaku, tendensi dan kesiapan antisipatif predisposisi untuk menyesuaikan diri, atau cara sederhana, sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan. Salah seorang ahli psikologi sosial *Newcomb* dikutip Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku tertutup. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas akan tetapi merupakan “predisposisi” tindakan. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka, merupakan reaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek tersebut.

Kerangka pemikiran yang diwakili oleh para ahli psikologi dalam pengukuran sikap seperti Louis Thurstone (1928) dan Rensis Likert (1932) yang dikutip oleh Azwar (2003) mengemukakan bahwa sikap adalah bentuk evaluasi dan reaksi perasaan yang merupakan perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan yang tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada obyek tersebut. Berkowitz (1972) yang dikutip oleh Azwar (2003) secara lebih spesifik memformulasikan sikap sebagai derajat afek positif atau afek negatif terhadap suatu obyek psikologis.

Sikap seseorang terhadap suatu obyek selalu berperan sebagai perantara antara respons dan obyek yang bersangkutan. Respons diklasifikasikan dalam tiga macam, yaitu respons kognitif (respons perseptual dan pernyataan mengenai apa yang diyakini), respons afektif (respons saraf simpatetik dan pernyataan afeksi),

serta respons perilaku atau konatif (respons berupa tindakan atau pernyataan mengenai perilaku) masing-masing klasifikasi respons ini berhubungan dengan ketiga komponen sikapnya (Azwar 2003).

Dalam bagian lain Allport (1954) yang dikutip Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yaitu (1) kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek (2) kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek dan (3) kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*). Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan yaitu :

1. Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek) misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian terhadap ceramah-ceramah.

2. Merespon (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan satu usaha untuk menjawab suatu pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah atau orang yang menerima ide tersebut.

3. Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan dan mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah terindikasi sikap tingkat tiga.

4. Bertanggungjawab (*Responsible*)

Bertanggungjawab terhadap sesuatu yang dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap (1) faktor intern: yaitu faktor-faktor yang terdapat dalam diri orang yang bersangkutan seperti selektivitas (2) faktor ekstern merupakan faktor yang berasal dari luar manusia yaitu :

1. Sifat objek yang dijadikan sasaran sikap
2. Kewibawaan orang yang mengemukakan suatu sikap.
3. Sikap orang atau kelompok yang mendukung sikap tersebut.
4. Media komunikasi yang disediakan dalam penyampaian sikap.
5. Situasi pada sikap tersebut.

Menurut Azwar (2003) struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang yaitu, kognitif, afektif, dan konatif. Komponen kognitif atau pengetahuan merupakan representasi apa yang dipercayai seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi obyek sikap. Sekali kepercayaan itu telah terbentuk, maka ia akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai yang diharapkan dari obyek tertentu. Kepercayaanlah yang menyederhanakan dan mengatur apa yang kita lihat dan kita temui. Tentu saja kepercayaan sebagai komponen kognitif tidak selalu akurat. Kadang-kadang kepercayaan itu terbentuk justru dikarenakan kurang atau tidak adanya informasi yang benar mengenai obyek sikap yang dihadapi.

Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subyektif terhadap suatu obyek sikap. Secara umum komponen disamakan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin akan mengubah sikap

seseorang. Pada umumnya reaksi emosional yang merupakan komponen afeksi ini dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang dipercayai sebagai suatu yang benar dan berlaku bagi obyek tersebut. Sedangkan komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang yang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya, kaitan ini didasari oleh asumsi kepercayaan dan perasaan yang mempengaruhi perilaku (Azwar, 2003).

3. Tindakan *Practice* atau *Praktek*

Menurut Notoatmodjo (2003), suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas. Di samping faktor fasilitas juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain, misalnya suami atau istri, orang tua atau mertua sangat penting untuk mendukung praktek keluarga berencana. Tingkatan–tingkatan praktek :

1. Persepsi (*Perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama. Misalnya seorang ibu dapat memilih makanan yang bergizi tinggi bagi anak balitanya.

2. Respon Terpimpin (*Guided Respons*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua. Misalnya : seorang ibu dapat memasak sayur dengan benar, mulai dari cara mencuci dan memotong-motongnya, lamanya memasak, menutup pancinya dan sebagainya.

3. Mekanisme (*Mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga. Misalnya : seorang ibu yang sudah biasa

mengimunisasikan bayi pada umur-umur tertentu, tanpa menunggu perintah atau ajakan orang lain.

4. Adaptasi (*Adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakannya tersebut. Misalnya : ibu dapat memilih dan memasak makanan yang bergizi tinggi berdasarkan bahan-bahan yang murah dan sederhana.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung, yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden (Notoatmodjo, 2003).

2.5 Konsep Dasar Kepuasan Pasien

2.5.1 Pengertian

Menurut Kotler (1997) dalam bukunya “ *Marketing Manajement*” memberikan definisi tentang kepuasan pelanggan, kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesannya terhadap kinerja atau hasil suatu produk dan harapan – harapannya.

Kepuasan adalah tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari membandingkan penampilan produk yang dirasakan dalam hubungannya dengan harapan seseorang.

2.5.2 Faktor-Faktor yang mempengaruhi kepuasan atau ketidakpuasan pasien

Menurut Wijono (1999) salah satu dari *Out come* penggunaan pengalaman pelanggan adalah kepuasan atau ketidakpuasan terhadap produk atau jasa pelanggan, positif atau negative berdasarkan pengalamannya. Satu langkah lebih maju dari membandingkan penggunaan pengalaman (nilai riil) terhadap beberapa standar dan nilai yang di harapkan atau di antisipasi. Puas atau tidak puas tergantung pada sikapnya terhadap ketidaksesuaian (rasa senang atau tidak senang) dan tingkatan dari evaluasi baik atau tidak baik untuk dirinya melebihi atau di bawah standart.

Kepuasan pelanggan rumah sakit atau kepuasan pasien dipengaruhi banyak faktor, antara lain yang bersangkutan dengan:

1. Pendekatan dan perilaku petugas, perasaan pasien terutama saat pertama kali datang.
2. Mutu informasi yang diterima, seperti apa yang dikerjakan, apa yang dapat diharap.
3. Prosedur perjanjian.
4. Waktu tunggu
5. Fasilitas umum yang tersedia.
6. Fasilitas perhotelan untuk pasien seperti mutu makanan, privacy dan pengaturan kunjungan.
7. Outcome terapi dan perawatan yang diterima.

Alma Buchari (2000) menyebutkan faktor-faktor yang dapat menyebabkan rasa ketidakpuasan pelanggan, yaitu

- (a) Tidak sesuai antara harapan dan kenyataan yang di alami
- (b) Layanan selama proses menikmati jasa tidak memuaskan
- (c) Perilaku personel tidak atau kurang memuaskan
- (d) Suasana dan kondisi fisik tidak menunjang
- (e) Cost terlalu tinggi, karena jarak terlalu jauh, banyak waktu terbuang dan harga terlalu tinggi
- (f) Promosi atau iklan terlalu muluk tidak sesuai dengan kenyataan.

2.5.3 Dimensi kepuasan

Menurut Azwar (1996) bahwa dimensi kepuasan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Kepuasan yang mengacu pada penerapan standar dan kode etik profesi.

Kepuasan pemakai jasa kesehatan terbatas hanya pada kesesuaian dengan standar serta kode etik profesi saja. Suatu pelayanan kesehatan di sebut sebagai pelayanan kesehatan yang bermutu apabila penerapan standar dan kode etik dapat memuaskan pasien. Menurut Azwar (1996), ukuran-ukuran yang dimaksud pada dasarnya mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai :

- a. Hubungan tenaga pelayanan kesehatan-pasien

Terbinanya hubungan dokter atau perawat- pasien yang baik adalah salah satu dari kewajiban etik. Sangat diharapkan apabila perawat dapat dan bersedia memberikan perhatian yang cukup kepada pasiennya secara pribadi, menampung dan mendengarkan segala keluhan, serta menjawab dan memberikan keterangan yang sejelas-jelasnya tentang segala hal yang ingin diketahui oleh pasien.

b. Kenyamanan pelayanan

Kenyamanan yang dimaksud disini tidak hanya yang menyangkut fasilitas yang disediakan, tetapi terpenting lagi menyangkut sikap serta tindakan para pelaksana ketika menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

c. Kebebasan melakukan pilihan

Suatu pelayanan kesehatan disebut bermutu bila kebebasan memilih ini dapat diberikan dan karena itu harus dapat dilaksanakan oleh setiap penyelenggara pelayanan kesehatan.

d. Pengetahuan dan kompetensi teknis

Suatu pelayanan kesehatan disebut semakin tinggi tingkat pengetahuan dan kompetensi teknis tersebut, maka makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan.

e. Efektifitas pelayanan

Makin efektif pelayanan kesehatan, makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan.

f. Keamanan tindakan

Untuk dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, aspek keamanan tindakan ini harus diperhatikan. Pelayanan kesehatan yang membahayakan pasien bukanlah pelayanan yang baik dan karena itu tidaklah boleh dilakukan.

2. Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan.

a. Ketersediaan pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan dikatakan bermutu bila pelayanan kesehatan tersebut tersedia di masyarakat

b. Kewajaran pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan dikatakan bermutu bila pelayanan kesehatan tersebut bersifat wajar dalam arti dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.

c. Kesenambungan pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan dikatakan bermutu, bila pelayanan kesehatan tersebut bersifat berkesinambungan dalam arti tersedia setiap saat baik menurut waktu, ataupun kebutuhan pelayanan kesehatan.

d. Penerimaan pelayanan kesehatan.

Untuk dapat menjamin munculnya kepuasan yang terkait dengan mutu pelayanan, maka pelayanan kesehatan tersebut harus dapat diupayakan sehingga diterima oleh pemakai jasa pelayanan.

e. Ketercapaian pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan yang lokasinya terlalu jauh dari daerah tempat tinggal tentu tidak mudah dicapai. Apabila keadaan ini sampai terjadi, tentu tidak akan memuaskan pasien, maka disebut suatu pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut dapat dicapai oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan itu.

f. Keterjangkauan pelayanan kesehatan.

Menurut Azwar (1996) keterjangkauan pelayanan kesehatan erat hubungannya dengan kepuasan pasien dan kepuasan pasien berhubungan

dengan mutu pelayanan. Maka suatu pelayanan disebut bermutu apabila pelayanan tersebut dapat dijangkau oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan.

g. Efisiensi pelayanan kesehatan.

Menurut Azwar (1996) puas atau tidaknya pemakai jasa pelayanan mempunyai kaitan yang erat dengan baik atau tidaknya mutu pelayanan maka suatu pelayanan kesehatan disebut bermutu apabila pelayanan tersebut diselenggarakan secara efisien.

h. Mutu pelayanan kesehatan.

Mutu pelayanan kesehatan yang dimaksud disini adalah yang menunjukkan pada kesembuhan penyakit serta keamanan tindakan, yang apabila berhasil diwujudkan pasti akan memuaskan pasien, maka suatu pelayanan kesehatan disebut bermutu apabila pelayanan tersebut dapat menyembuhkan pasien serta tindakan yang dilakukan aman.

Donabedian (1987) dalam Parasuraman (1988), menyatakan bahwa mutu pelayanan adalah meliputi interaksi antara pembeli pelayanan kesehatan, kontribusi klien dalam pelayanan, kenyamanan pelayanan dan akses akses terhadap fasilitas pelayanan. Penilaian terhadap mutu pelayanan yang berkaitan dengan kepuasan pasien dapat di lihat dalam lima dimensi yang coba di kembangkan oleh Parasuraman (1988) yaitu

1. *Tangibles* (keadaan yang ada)

Meliputi penampilan fisik, peralatan dan berbagai materi komunikasi. Kelancaran pelayanan kesehatan posyandu di pengaruhi oleh beberapa aspek antara lain adalah : sumber daya manusia yang memadai baik kuantitas maupun kualitasnya, tersedianya berbagai sumber atau fasilitas yang mendukung

pencapaian kualitas pelayanan yang di berikan. Jasa pelayanan kesehatan di seluruh dunia selalu kekurangan sumber daya. Di antara berbagai keperluan harus di terapkan prioritas, dan keperluan harus disesuaikan dengan sumber daya yang ada. Untuk itu harus di buat perkiraan biaya sebelum formulir pemesanan di lengkapi.

2. *Reliability* (dapat di percaya).

Yakni kemampuan untuk memberikan jasa sesuai dengan yang di janjikan terpecah dan akurat, konsisten dan kesesuaian pelayanan. Pelayanan yang di berikan kepada pasien merupakan bentuk pelayanan yang profesional yang berfokus pada berbagai kegiatan pemenuhan kebutuhan pasien.

3. *Responsiveness* (ketanggapan atau tanggung jawab)

Yakni kemauan para petugas kesehatan untuk membantu para pasien dan memberikan pelayanan dengan cepat, serta mendengarkan dan mengatasi keluhan yang di ajukan pasien, pasien dapat informasi secara lengkap dan jelas tentang kondisi kesehatannya.

4. *Assurance* (kepastian atau jaminan)

Mencakup kemampuan para petugas kesehatan untuk menimbulkan keyakinan dan kepercayaan terhadap janji yang telah di kemukakan kepada pelanggan. Bentuk pelayanan ini seyogyanya di berikan oleh para petugas kesehatan yang memiliki kemampuan serta sikap dan kepribadian yang sesuai dengan tuntutan perkembangan profesi yang ada. Seorang petugas kesehatan harus mempunyai kemampuan yang cukup dalam menjawab pertanyaan pasien, mampu memberikan kepercayaan kepada pasien dan keluarga, mampu menjaga kesopanan dalam memberikan pelayanan kesehatan.

2.5.4 Pengukuran Kepuasan Pelanggan atau Pasien

Pada prinsipnya pengukuran kepuasan pelanggan atau pasien dapat dilakukan dengan berbagai macam metode dan tehnik. Seperti yang dinyatakan Kotler, (1994: 41-44) adalah sebagai berikut :

1. Sistem keluhan dan saran

Organisasi yang berpusat pelanggan (*customer-centered*) memberikan kesempatan yang luas kepada para pelangganya untuk menyampaikan saran dan keluhan, misalnya dengan kotak saran, kartu komentar, customer hot line, dan lain-lain. Informasi ini dapat menjadi ide cemerlang bagi perusahaan dan memungkinkan untuk bereaksi secara tanggap dan cepat untuk mengatasi masalah-masalah yang timbul.

2. *Ghost shopping*

Salah satu cara memperoleh gambaran kepuasan pelanggan adalah dengan memperkerjakan beberapa orang untuk berpesan atau bersikap sebagai pembeli potensial, kemudian melaporkan mengenai temuan-temuan mengenai kekuatan dan kelemahan produk atau jasa perusahaan dan pesaing berdasarkan pengalaman mereka dalam hal tersebut, disamping juga mengamati setiap keluhan.

3. *Lost customer analysis*

Perusahaan seyogyanya menghubungi para pelanggan yang telah berhenti membeli atau yang telah pindah pemasok agar dapat memahami mengapa hal itu terjadi. Bukan hanya *exit interview* saja yang perlu, tetapi pemantauan *customer loss rate* juga penting, peningkatannya berarti indikasi kegagalan perusahaan dalam memasukkan pelanggan.

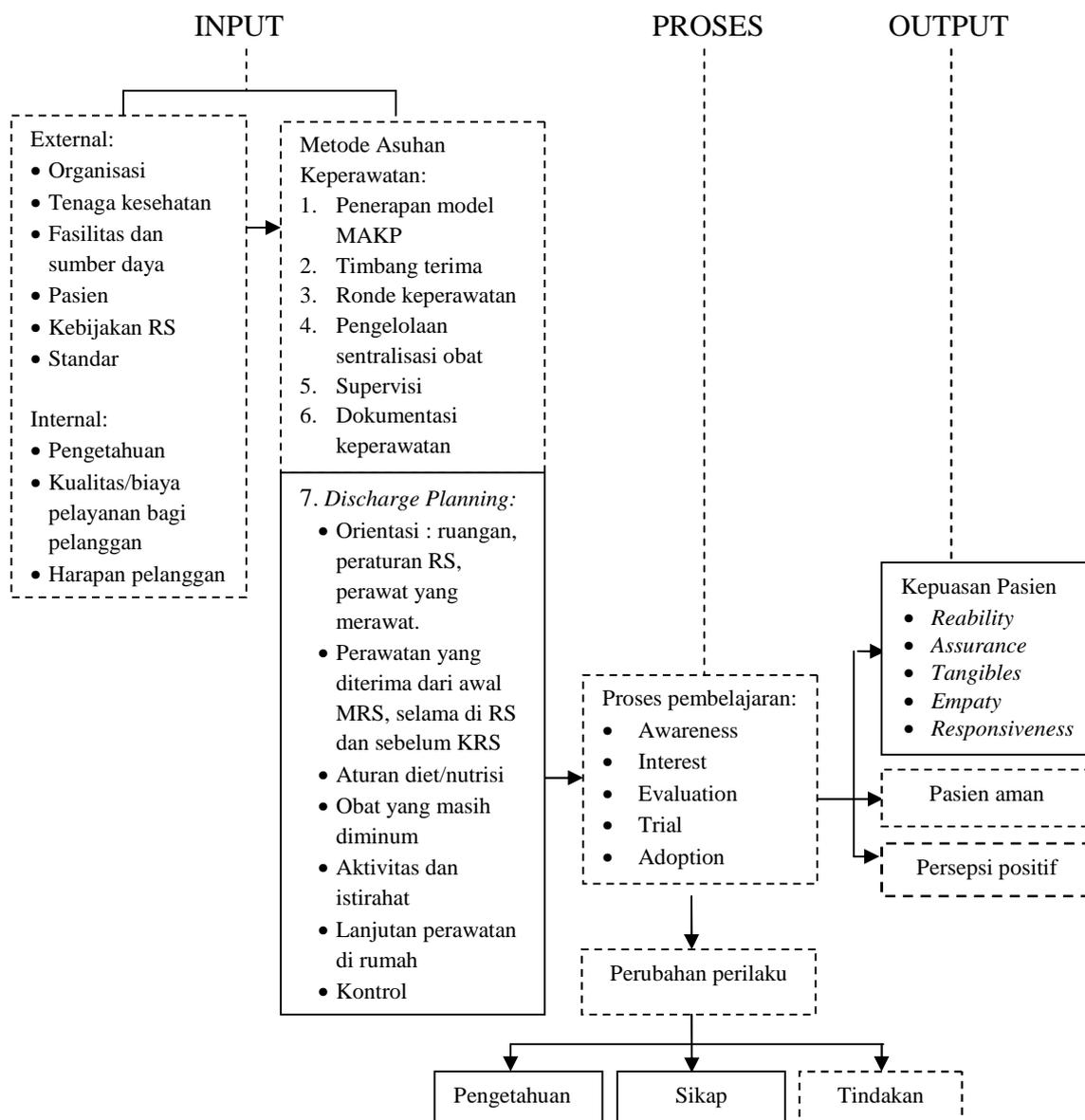
4. Survey kepuasan pelanggan

Penelitian yang dilakukan dengan survey baik melalui pos, telepon maupun wawancara langsung, karena dengan survey perusahaan akan mendapatkan umpan balik secara langsung dan juga memberi tanda (*signal*) positif bahwa perusahaan menaruh perhatian pada para pelangganya.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan

□ : Diukur

□ (dashed) : Tidak diukur

Gambar 3.1. Kerangka konseptual penelitian pengaruh *discharge planning* (perencanaan pulang) terhadap pengetahuan, sikap dan kepuasan pasien.

Penjelasan Kerangka Konseptual:

Sebagai penyedia pelayanan kesehatan yang baik, rumah sakit memiliki berbagai penunjang untuk pengembangannya, antara lain faktor eksternal dan internal. Yang termasuk faktor eksternal adalah organisasi, tenaga kesehatan, fasilitas dan sumber daya, pasien, kebijakan RS dan standar. Sedangkan yang termasuk faktor internal adalah pengetahuan, kualitas/biaya pelayanan bagi pelanggan dan harapan pelanggan. Sebagai tenaga kesehatan, perawat dituntut untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional dalam proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui pelaksanaan MAKP. Metode asuhan keperawatan terdiri dari penerapan model MAKP, timbang terima, ronde keperawatan, pengelolaan sentralisasi obat, supervisi, *discharge planning* dan dokumentasi keperawatan. Pelaksanaan *discharge planning* terdiri dari aturan diet/nutrisi, obat yang masih diminum, aktivitas dan istirahat, lanjutan perawatan di rumah dan kontrol.

Proses perubahan perilaku terdiri dari *awareness* (kesadaran), *interest* (tertarik), *evaluation* (menimbang-nimbang), *trial* (mencoba) dan *adoption* (berperilaku baru). Atas kerjasama antara pasien dan keluarga yang baik, sehingga diharapkan dapat merubah perilaku pasien dan keluarga menjadi positif. Dengan demikian diharapkan pengetahuannya bertambah dan bersikap positif sehingga dapat meningkatkan kemandirian pasien dalam perawatan diri setelah keluar RS. Hasil akhirnya berupa pasien merasa puas, pasien aman dan persepsi pasien positif terhadap pelayanan perawatan.

3.2 Hipotesis

H1:

1. Ada pengaruh *discharge planning* (perencanaan pulang) terhadap pengetahuan pasien.
2. Ada pengaruh *discharge planning* (perencanaan pulang) terhadap sikap pasien.
3. Ada pengaruh *discharge planning* (perencanaan pulang) terhadap kepuasan pasien.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara bagaimana penelitian dilakukan meliputi: desain, kerangka kerja, populasi, sampel, sampling, identifikasi variabel, definisi operasional, pengumpulan dan pengolahan data, etika penelitian dan keterbatasan.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan suatu strategi penelitian yang mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data dan digunakan untuk mengidentifikasi struktur dimana penelitian dilaksanakan (Nursalam, 2003). Penelitian ini menggunakan *quasy experiment* yaitu penelitian untuk membandingkan hasil intervensi dari kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Pada kedua kelompok diawali dengan pre test dan setelah perlakuan diadakan post test.

Tabel 4.1 Desain penelitian

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

Keterangan

K-A. : Subyek perlakuan

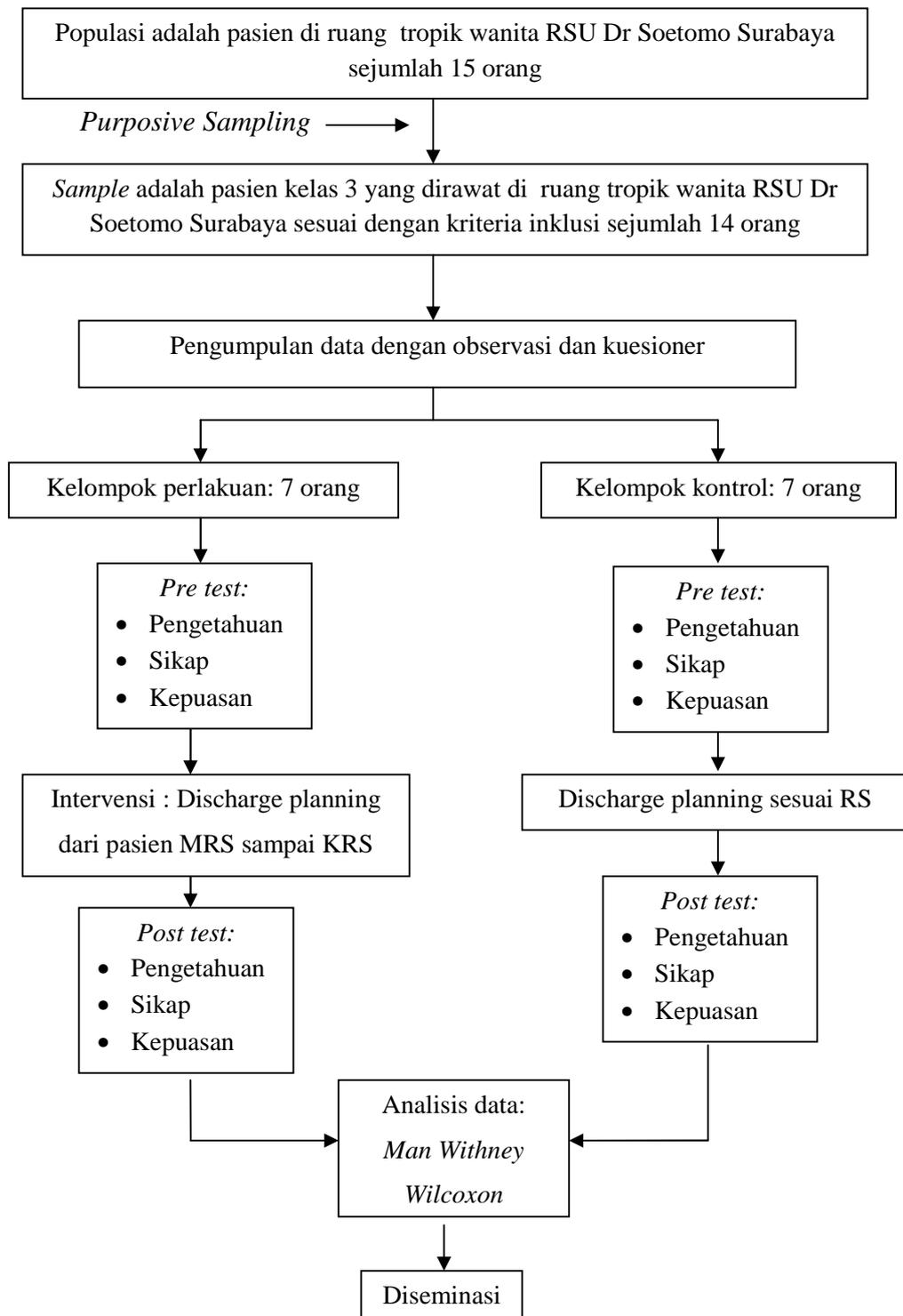
K-B. : Subyek kontrol

O : Observasi sebelum *discharge planning*

I : Intervensi *discharge planning*

O1(A + B) : Observasi setelah *discharge planning* (kelompok perlakuan dan kelompok kontrol)

4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka kerja pengaruh *discharge planning* terhadap pengetahuan, sikap dan kepuasan pasien.

4.3 Populasi, Sampel, dan *Sampling*

4.3.1 Populasi

Populasi adalah setiap subyek (misalnya manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2002).

Ada dua syarat yang harus dipenuhi dalam menetapkan sampel, antara lain:

1. Representatif yaitu sampel yang dapat mewakili populasi yang ada
2. Sampel harus cukup banyak karena mempengaruhi kesimpulan hasil penelitian (Nursalam, 2003).

Untuk mengurangi bias, hasil penelitian dapat ditentukan dengan kriteria sampel inklusi dan eksklusi. Pada penelitian ini, peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2003). Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah

- 1) Pasien dengan usia 13-60 tahun.
- 2) Pasien dengan penyakit demam berdarah, typhoid dan diare
- 3) Tidak ada gangguan jiwa dan atau gangguan kesadaran.
- 4) Bersedia menjadi responden
- 5) Pasien kooperatif

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2003). Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah

- 1) Pasien yang tidak bersedia menjadi responden

4.3.3 *Sampling*

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2003). Penelitian ini menggunakan *non probability tipe purposive sampling*, yaitu memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2003).

4.3.4 Besar sampel

Besar sampel adalah banyaknya anggota yang akan dijadikan sampel (Notoatmojo, 2002). Besar sampel dihitung dengan rumus sebagai berikut

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{15 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2(15-1) + (1,96)^2 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = 14,4$$

$$n = 14$$

Jadi perkiraan besar sampel adalah 14 orang.

Keterangan

n : Perkiraan besar sampel

N : Perkiraan besar populasi

- z : Nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)
- p : Perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50 %
- q : $1 - p$ (100% - p)
- d : Tingkat kesalahan yang dipilih ($d = 0,05$)
- (Nursalam, 2003)

4.4 Variabel Penelitian

Menurut Soeparto, dkk (dalam Nursalam, 2003), variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dll). Pada penelitian ini, variabel dibedakan menjadi:

1. Variabel bebas (*independent variable*) adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2003). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah *discharge planning*.
2. Variabel tergantung (*dependent variable*) adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2003). Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah pengetahuan, sikap dan kepuasan pasien.

4.6 Prosedur Pengumpulan dan Pengolahan Data

4.6.1 Instrumen penelitian

Instrumen merupakan alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik. Ada 2 jenis instrumen yaitu : instrument disusun sendiri oleh peneliti dan jenis kedua adalah instrument yang sudah standart (Arikunto, 2002). Instrumen untuk pengumpulan data pada penelitian ini dengan menggunakan kuesioner dan observasi. Pengumpulan data demografi, pengetahuan dan perubahan perilaku menggunakan kuesioner, untuk mengetahui penerapan *discharge planning* dilakukan observasi dan kuesioner sebelum KRS.

4.6.2 Lokasi dan waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya dari tanggal 23 Juni- 14 Juli 2008.

4.6.3 Prosedur pengumpulan data

Dalam melaksanakan penelitian, peneliti mendapat rekomendasi dari Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan FK Unair untuk melakukan pengumpulan data.

Sebelum dilakukan penelitian, peneliti lebih dahulu meminta izin kepada direktur RSUD Dr Soetomo Surabaya melalui Kepala Litbang, akan mengeluarkan surat pengantar kepada kepala Irna medik untuk dilakukan penelitian, kemudian peneliti menyeleksi responden sesuai dengan kriteria inklusi.

Peneliti membagi pasien menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, kemudian peneliti memberikan *informed consent* kepada responden yang MRS sebagai tanda persetujuan untuk dijadikan sampel

penelitian. Diberikan *pre test* kepada kedua kelompok untuk mengetahui perilaku sebelum diberikan perlakuan. Selama pasien MRS kelompok perlakuan diberikan intervensi *discharge planning* berupa memberikan informasi secara rinci mengenai pelayanan perawatan sebanyak 3 kali yaitu saat pasien MRS, selama perawatan di RS dan sebelum keluar RS selama 15-20 menit. Sedangkan pada kelompok kontrol diberikan *discharge planning* sesuai RS. Sedangkan untuk mengetahui penerapan *discharge planning* dan kepuasan pasien dilakukan observasi dan kuesioner berupa *post test* sebelum KRS.

4.6.4 Analisis data

Analisis data merupakan suatu proses analisis yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan. Data yang telah terkumpul dikelompokkan dan diberi kode sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan peneliti, kemudian dipindahkan kedalam tabel sesuai dengan variabel yang hendak diukur. Data disajikan dalam bentuk diagram/ tabel/grafik.

Pada penelitian ini setelah data terkumpul, kemudian dilakukan tabulasi data, dan analisis data dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* (uji komparasi 2 sampel berpasangan) dengan derajat kemaknaan $p = 0,05$, dengan rumus:

$$Z = \frac{T - \frac{n(n+1)}{4}}{\sqrt{\frac{n(n+1)(2n+1)}{4}}}$$

Keterangan:

T = Jumlah jenjang atau ranking yang kecil

N = Jumlah sampel

(Sugiyono, 2005)

Jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima artinya ada pengaruh *discharge planning* terhadap pengetahuan, sikap dan kepuasan pasien.

Uji statistik *Mann-Withney U Test* (uji komparasi 2 sampel bebas/independen) dengan kemaknaan $p = 0,05$ juga digunakan. Uji statistik ini memiliki rumus:

$$U_1 = n_1.n_2 + \frac{n_1(n_1 + 1)}{2} - R_1$$

$$U_2 = n_1.n_2 + \frac{n_2(n_2 + 1)}{2} - R_2$$

Keterangan : U_1 = peringkat

n_2 = jumlah sample 2

U_2 = peringkat 2

R_1 = jumlah rangking pada sampel n_1

n_1 = jumlah sampel 1

R_2 = jumlah rangking pada sampel n_2

(Sugiyono, 2005)

Uji ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan pengetahuan, sikap dan kepuasan pasien saat *post test* antara yang mendapatkan perlakuan (*discharge planning*) dengan yang tidak mendapatkan perlakuan. Jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $p = 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima artinya ada perbedaan pengetahuan, sikap dan kepuasan pasien yang mendapatkan perlakuan *discharge planning* dengan yang tidak mendapatkan perlakuan.. Dalam pengolahan data ini peneliti akan menggunakan perangkat lunak komputer dengan sistem *SPSS (Software Product and Service Solution)* Versi 14.0 agar uji statistik yang diperoleh lebih akurat.

4.7 Etik Penelitian

Tujuan penelitian harus etik, dalam arti hak subyek penelitian dan yang lainnya harus dilindungi (Nursalam, 2003). Beberapa prinsip dalam pertimbangan etik meliputi bebas dari eksploitasi, bebas dari penderitaan, kerahasiaan, bebas menolak menjadi responden, perlu surat persetujuan (*informed consent*), mempunyai hak untuk mendapatkan pengobatan yang sama jika pasien telah

menolak menjadi subyek penelitian. Untuk itu setelah mendapatkan rekomendasi dari bagian akademi Program Studi Ilmu Keperawatan Unair dan persetujuan dari Kepala Ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya, peneliti melakukan penelitian dengan memperhatikan dan menekankan pada masalah etika yang meliputi:

4.7.1 Surat persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada subyek yang akan diteliti untuk bersedia menjadi responden. Namun sebelum responden menandatangani *informed consent*, peneliti perlu menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan. Jika responden mengizinkan untuk diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan, namun jika responden tidak mengizinkan maka peneliti akan tetap menghormati haknya.

4.7.2 Tanpa nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan responden, nama subyek (responden) tidak dicantumkan pada lembar pengumpulan data. Untuk mengetahui keikutsertaan responden, peneliti cukup memberikan inisial pada pengolahan data.

4.7.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah diperoleh dari responden dijamin oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu (yang dibutuhkan) saja yang akan disajikan sebagai hasil penelitian.

4.8 Keterbatasan

Dalam penelitian ini keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah:

1. Desain penelitian untuk penelitian ini masih perlu dikembangkan untuk mencari desain yang tepat.
2. Instrumen pengumpulan data disusun oleh peneliti berdasarkan teori yang ada karena belum ada standar yang baku untuk mengukur variabel tersebut.
3. Instrumen pengumpulan data tidak melalui uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu.
4. Besar sampel yang tersedia terbatas sehingga hasilnya tidak dapat digeneralisasikan.
5. Kemampuan peneliti yang masih terbatas dalam bidang riset karena pada penelitian ini merupakan penelitian yang pertama.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian “Pengaruh *discharge planning* terhadap pengetahuan, sikap dan kepuasan pasien di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya” pada tanggal 23 Juni – 10 Juli 2008 beserta pembahasannya. Jumlah responden yang terlibat dalam pengumpulan data sebanyak 14 orang. Data yang diperoleh disajikan dalam bentuk tabel, diagram dan narasi. Penyajian hasil dibagi dalam 3 bagian yaitu : (1)Gambaran umum lokasi penelitian, (2)Data umum tentang karakteristik responden, (3)Data khusus tentang identifikasi pengetahuan dan sikap pada kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan setelah diberikan *discharge planning*.

Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Mann Whitney U Test* dengan tingkat kemaknaan $p = 0,05$. Dari uji statistik tersebut dapat diketahui ada tidaknya signifikansi terhadap variabel sebelum dan sesudah diberikan *discharge planning* pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Hasil Penelitian

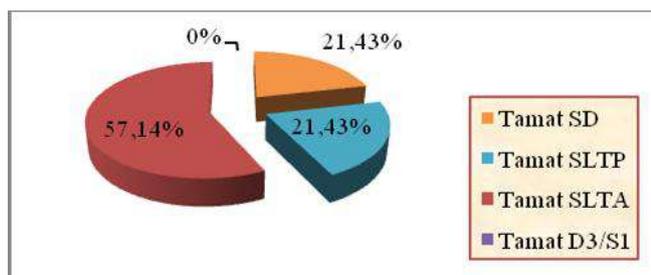
Tempat pengambilan data penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Dr Soetomo terletak di Jl. Mayjen. Prof. DR Moestopo 6-8 Surabaya. RSUD Dr Soetomo merupakan rumah sakit rujukan wilayah Indonesia bagian timur. Lokasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah ruang tropik infeksi wanita. Ruang tropik infeksi wanita mempunyai kapasitas 24 tempat tidur, dengan rincian

kelas 1 sebanyak 2 tempat tidur, kelas 2 sebanyak 6 tempat tidur dan kelas 3 sebanyak 16 tempat tidur. Ruang tropik infeksi wanita merupakan ruang rawat inap pada kasus penyakit tropik, seperti demam berdarah, gastroenteritis, thypoid dan morbili. Pegawai di ruang tropik infeksi wanita terdiri dari 9 orang perawat, 1 orang bagian administrasi, 8 orang pekarya kesehatan dan 2 orang PRT. Sembilan orang perawat dengan rincian 1 orang kepala ruangan lulusan D IV Keperawatan, 1 orang wakil kepala ruangan lulusan D3 Keperawatan, 1 orang perawat lulusan S1, 3 orang perawat lulusan D3 yang melanjutkan pendidikan S1 1 orang, dan 3 orang perawat lulusan SPK yang melanjutkan pendidikan D3 Keperawatan 2 orang.

5.1.2 Data Umum

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

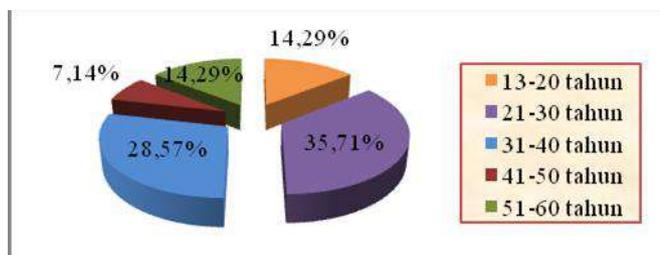
1. Pendidikan



Gambar 5.1 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan di ruang tropik wanita RSU Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008

Gambar 5.1 menunjukkan bahwa responden terbanyak adalah tamat SLTA yakni sebanyak 8 responden (57,14%).

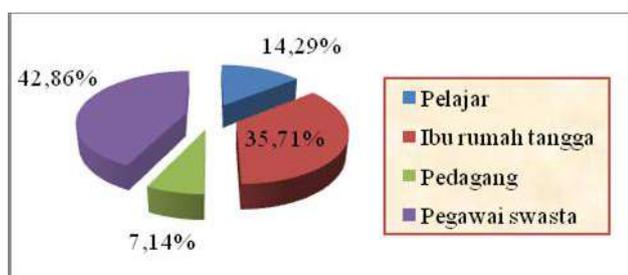
2. Umur



Gambar 5.2 Karakteristik responden berdasarkan umur di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008

Berdasarkan gambar 5.2 dapat diketahui bahwa responden terbanyak berumur 21-30 tahun yakni 5 orang (35,71%).

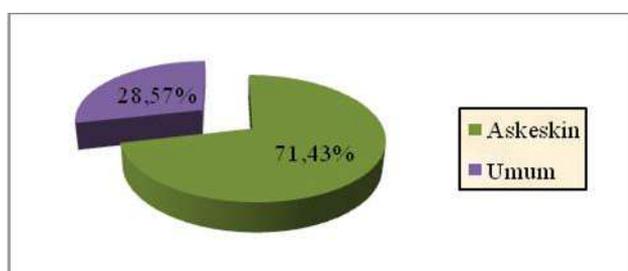
3. Jenis pekerjaan



Gambar 5.3 Karakteristik responden berdasarkan jenis pekerjaan di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008.

Berdasarkan gambar 5.3 diketahui bahwa responden terbanyak adalah pegawai swasta yakni 6 orang (42,86%).

4. Biaya Perawatan



Gambar 5.4 Karakteristik responden berdasarkan jenis biaya perawatan ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008.

Berdasarkan gambar 5.4 diketahui bahwa mayoritas pasien menggunakan Askeskin yakni 71,43%.

5.1.3 Data Khusus Responden

Berikut ini akan disajikan data yang berkaitan dengan pengetahuan dan sikap responden terhadap penerapan *discharge planning*.

1. Pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan *discharge planning*.



Gambar 5.5 Karakteristik responden berdasarkan tingkat pengetahuan kelompok perlakuan di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Periode Juni-Juli 2008.

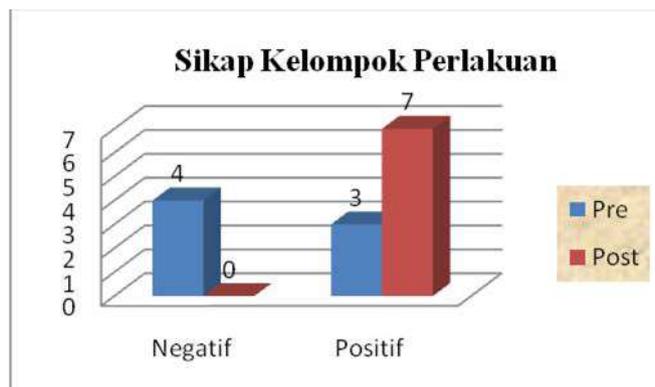
Gambar 5.5 menunjukkan bahwa dari 7 responden kelompok perlakuan sebelum diberikan *discharge planning* tingkat pengetahuan kurang sebanyak 3 responden, pengetahuan cukup sebanyak 2 responden dan pengetahuan baik sebanyak 2 responden. Setelah diberikan *discharge planning* mengalami perubahan yaitu tingkat pengetahuan kurang sebanyak 0 responden, pengetahuan cukup sebanyak 1 responden dan pengetahuan baik sebanyak 6 responden.



Gambar 5.6 Karakteristik responden berdasarkan tingkat pengetahuan kelompok kontrol di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Periode Juni-Juli 2008.

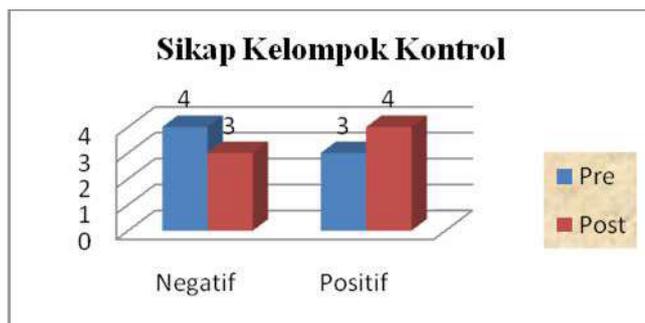
Gambar 5.6 menunjukkan bahwa dari 7 responden kelompok kontrol sebelum diberikan *discharge planning*, tingkat pengetahuan kurang sebanyak 5 responden dan pengetahuan cukup sebanyak 2 responden. Setelah diberikan *discharge planning* sesuai standar ruangan mengalami perubahan, pengetahuan kurang sebanyak 3 responden, pengetahuan cukup sebanyak 2 responden dan pengetahuan baik sebanyak 2 responden.

2. Sikap responden sebelum dan sesudah diberikan *discharge planning*.



Gambar 5.7 Karakteristik responden berdasarkan sikap kelompok perlakuan di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Periode Juni-Juli 2008.

Gambar 5.7 menunjukkan bahwa dari 7 responden kelompok perlakuan sebelum diberikan *discharge planning* sikap negatif sebanyak 4 responden dan sikap positif sebanyak 3 responden. Setelah diberikan *discharge planning* mengalami perubahan yaitu tidak ada responden dengan sikap negatif dan sikap positif sebanyak 7 responden.



Gambar 5.8 Karakteristik responden berdasarkan sikap kelompok perlakuan di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Periode Juni-Juli 2008.

Gambar 5.8 menunjukkan bahwa dari 7 responden kelompok kontrol sebelum diberikan *discharge planning* sikap negatif sebanyak 4 responden dan sikap positif sebanyak 3 responden. Setelah diberikan *discharge planning* sesuai standar ruangan mengalami perubahan yaitu sikap negatif sebanyak 3 responden dan sikap positif sebanyak 4 responden.

3. Kepuasan responden setelah diberikan *discharge planning*.



Gambar 5.9 Karakteristik responden berdasarkan sikap kelompok perlakuan di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Periode Juni-Juli 2008.

Gambar 5.9 menunjukkan bahwa dari 7 responden kelompok perlakuan sebanyak 1 responden cukup puas dan 6 responden puas. Sedangkan pada kelompok kontrol sebanyak 2 responden kurang puas, 3 responden cukup puas dan 2 responden puas.

Tabel 5.1 Pengaruh *discharge planning* terhadap pengetahuan kelompok perlakuan dan kontrol pasien di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008.

	Perlakuan		Kontrol		Post	
	Pre	Post	Pre	Post	Perlakuan	Kontrol
Mean	1,86	2,86	1,29	1,86	2,86	1,86
SD	0,900	0,378	0,488	0,900	0,378	0,900
Uji	<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> p = 0,038		<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> p = 0,046		<i>Mann Whitney U Test</i> p = 0,027	

Pada tabel 5.1 tampak ada perbedaan pengetahuan sebelum dan setelah diberikan *discharge planning*. Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* ditemukan adanya perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan *discharge planning* pada kelompok perlakuan dengan nilai p=0,038, sedangkan pada kelompok kontrol dengan nilai p=0,046.

Tabel 5.2 Pengaruh *discharge planning* terhadap sikap kelompok perlakuan dan kontrol pasien di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008.

	Perlakuan		Kontrol		Post	
	Pre	Post	Pre	Post	Perlakuan	Kontrol
Mean	1,43	2,00	1,86	1,29	2,00	1,29
SD	0,535	0,00	0,378	0,488	0,00	0,488
Uji	<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> p = 0,046		<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> p = 0,046		<i>Mann Whitney U Test</i> p = 0,007	

Pada tabel 5.2 tampak ada perbedaan sikap sebelum dan setelah diberikan *discharge planning*. Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* ditemukan adanya perbedaan sikap sebelum dan sesudah dilakukan *discharge*

planning pada kelompok perlakuan nilai p sama dengan kelompok kontrol yakni sebesar 0,046.

Tabel 5.3 Pengaruh *discharge planning* terhadap kepuasan kelompok perlakuan dan kontrol pasien di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya Juni-Juli 2008.

Perlakuan	Kontrol
Mean = 1,43 SD = 0,535	Mean = 2,00 SD = 0,00
<i>Mann Whitney U Test</i> p = 0,031	

Pada tabel 5.3 tampak ada perbedaan kepuasan setelah diberikan *discharge planning* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Hasil uji *Mann Whitney Test* diperoleh $p=0,031$, ini menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kontrol, dengan demikian hipotesa ditolak. Hal ini berarti pemberian *discharge planning* mempengaruhi kepuasan pasien.

5.2 Pembahasan

Dari hasil penelitian akan dibahas dibawah ini tentang pengaruh *discharge planning* terhadap pengetahuan, sikap dan kepuasan pasien. Tingkat pengetahuan responden setelah diberikan *discharge planning* mengalami peningkatan bila dibandingkan dengan sebelumnya. Pada kelompok perlakuan hampir seluruh responden (85,71%) berpengetahuan baik dan sebagian kecil responden berpengetahuan cukup. Sedangkan pada kelompok kontrol, yang mempunyai pengetahuan kurang sebanyak 42,86%, pengetahuan cukup dan baik masing-masing sebanyak 28,57%. Pengukuran penerapan *discharge planning* terhadap pengetahuan terdapat hubungan yang signifikan. Sesuai hasil analisis *Mann-Whitney Test* pada responden didapatkan hasil $p = 0,046$. Menurut Sugiyono

(2005) jika $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima artinya ada perbedaan pengetahuan pasien yang mendapatkan perlakuan *discharge planning* dengan yang tidak mendapatkan perlakuan. Pada kelompok perlakuan peningkatan pengetahuan terbesar terdapat pada kelompok responden yang berpengetahuan kurang.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Menurut Rogers (1974) bahwa didalam diri seseorang sebelum menerima suatu obyek terjadi proses yang berurutan, yaitu: 1) *Awareness* (kesadaran) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek), 2) *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus (obyek) tersebut, 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya, 4) *Trial* dimana subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus, 5) *Adoption*, dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap terhadap stimulus. Rencana pemulangan pasien merupakan proses yang terdiri dari beberapa fase dan ditujukan untuk mengantisipasi perubahan dari kebutuhan pasien, serta meyakinkan adanya asuhan yang berkesinambungan (Rorden dan Taft, 1990) yang dikutip Kristina (2007). Selama proses perawatan di rumah sakit, pelaksanaan *discharge planning* berupa pemberian informasi tentang penyakit pasien.

Menurut Tjiptono (2000) pendidikan merupakan salah satu yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap *produc*. Faktor lain yang mempengaruhi adalah pengalaman pelanggan atau klien dan karakteristik pelanggan atau klien, yang meliputi status sosial, pekerjaan, umur dan lain-lain

makin tinggi pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi sehingga banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Arikunto (2003) menjelaskan bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan semakin baik pula dalam melaksanakan intervensi keperawatan. Sedangkan Notoatmodjo (2003), mengatakan bahwa semakin baik pengetahuan seseorang maka semakin baik pula dalam mengaplikasikan sesuatu yang diperoleh. Berdasarkan data demografi, pasien dengan usia produktif, yaitu umur 21-30 tahun lebih mudah menyerap informasi yang diberikan.

Hasil penelitian didapatkan bahwa responden terbanyak berpendidikan SLTA, dengan demikian rerata pendidikan dan pengetahuan responden adalah cukup untuk dapat menerima informasi dan mengaplikasikannya dengan baik. Selain pendidikan, pekerjaan juga mempengaruhi pengetahuan responden. Pada kelompok perlakuan responden sebagai pelajar dan pegawai swasta masing-masing sebanyak 28,57%, ibu rumah tangga sebanyak 42,86%. Dengan pekerjaan yang mendukung, responden lebih mudah menerima informasi dan hal baru yang dapat menambah pengetahuannya.

Sikap responden setelah diberikan *discharge planning* mengalami perubahan bila dibandingkan sebelumnya. Setelah diberikan *discharge planning*, seluruh responden kelompok perlakuan mempunyai sikap positif terhadap penerapan *discharge planning*. Sedangkan pada kelompok kontrol sebanyak 4 responden yang mempunyai sikap positif. Sesuai hasil analisis *Mann-Whitney Test* pada responden didapatkan hasil $p = 0,007$. Menurut Sugiyono (2000) jika nilai $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima artinya ada perbedaan sikap

pasien yang mendapatkan perlakuan *discharge planning* dengan yang tidak mendapatkan perlakuan.

Menurut Notoatmodjo (2003) sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan suatu predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan suatu reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap mempunyai 3 komponen pokok yaitu (1) kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek (2) kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek dan (3) kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*). Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Menurut Azwar (2003) struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang yaitu, kognitif, afektif, dan konatif. Komponen kognitif atau pengetahuan merupakan representasi apa yang dipercayai seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi obyek sikap. Sekali kepercayaan itu telah terbentuk, maka ia akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai yang diharapkan dari obyek tertentu. Kepercayaanlah yang menyederhanakan dan mengatur apa yang kita lihat dan kita temui. Tentu saja kepercayaan sebagai komponen kognitif tidak selalu akurat. Kadang-kadang kepercayaan itu terbentuk justru dikarenakan kurang atau tidak adanya informasi yang benar mengenai obyek sikap yang dihadapi.

Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subyektif terhadap suatu obyek sikap. Secara umum komponen disamakan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin akan mengubah sikap seseorang. Pada umumnya reaksi emosional yang merupakan komponen afeksi ini dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang dipercayai sebagai suatu yang benar dan berlaku bagi obyek tersebut. Sedangkan komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang yang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya, kaitan ini didasari oleh asumsi kepercayaan dan perasaan yang mempengaruhi perilaku (Azwar, 2003).

Hal penting lainnya berkaitan dengan sistem informasi dalam proses perencanaan pulang pasien adalah informasi kesehatan yang tertulis dengan baik dalam bentuk informasi tertulis. Menurut Hurts (1996) yang dikutip Kristina (2007) mengemukakan bahwa informasi yang tertulis seperti dalam bentuk brosur atau booklet dapat membantu menguatkan informasi yang telah diberikan pada pasien selama persiapan menyusun rencana pemulangan pasien, sehingga dapat mengingatkan sikap dan tindakan mereka tentang apa yang harus dilakukan dirumah, apa yang harus dihindari dalam kaitannya dengan perawatan.

Berdasarkan hasil penelitian ini diketahui bahwa sikap yang positif, maka semakin baik pula respon terhadap tindakannya. Berdasarkan data demografi, responden yang bekerja sebagai pegawai swasta dan pelajar menunjukkan bahwa respon/penerimaan pasien terhadap *discharge planning* adalah baik. Namun pada kelompok kontrol diperoleh hasil hanya 1 responden yang mengalami

peningkatan sikap, hal ini karena informasi yang diberikan tidak disampaikan secara berkelanjutan, sehingga walaupun sudah mengetahui hal tersebut salah tetap dilakukannya. Selain itu disebabkan karena saat diberikan penjelasan tentang sakitnya kurang fokus karena memikirkan hal lain, misalnya biaya rumah sakit, keluarga di rumah atau pekerjaan yang ditinggalkannya serta rendahnya kemauan untuk berubah.

Pengaruh *discharge planning* berupa pelayanan keperawatan terhadap kepuasan pada kelompok perlakuan didapatkan hasil bahwa bahwa hampir seluruh responden puas. Sedangkan pada kelompok kontrol hampir setengah responden puas. Setelah dilakukan analisis dengan menggunakan uji *Mann Whitney U Test* diperoleh $p=0,031$. Menurut Sugiyono (2000) jika $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima artinya ada perbedaan kepuasan pasien antara kelompok perlakuan dan kontrol. Hal ini berarti pemberian *discharge planning* mempengaruhi kepuasan pasien.

Menurut Kotler (1997) kepuasan adalah perasaan senang dan kecewa seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesannya terhadap kinerja atau hasil suatu produk dan harapan-harapannya. Kepuasan pelanggan atau pasien mencakup antara perbedaan harapan dan kinerja atau hasil yang dirasakan. Kepuasan akan tercapai apabila diperoleh hasil yang optimal bagi setiap pasien dan pelayanan kesehatan memperhatikan kemampuan pasien atau keluarganya, ada perhatian terhadap keluhan, kondisi lingkungan fisik dan tanggap kepada kebutuhan pasien. Menurut Muninjaya (2004) bahwa kepuasan pasien akan tercapai bila diperoleh hasil yang optimal bagi setiap pasien dan pelayanan kesehatan memperhatikan pasien dan keluarganya, ada perhatian terhadap

keluhan, kondisi lingkungan fisik dan tanggap kepada kebutuhan pasien sehingga tercapai keseimbangan yang sebaik-baiknya antara tingkat rasa puas dan derita serta jerih payah yang harus dialami guna memperoleh hasil tersebut. Menurut Houghton, et all. (1996) yang dikutip Supartini (2001), mengemukakan bahwa kualitas rencana pemulangan pasien yang baik tergantung pada komunikasi yang efektif antara tim kesehatan dengan pasien/keluarga pasien, sehingga ada kepuasan pasien/keluarga dalam keterlibatannya pada proses perencanaan pulang.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien yang dirawat di ruang tropik wanita secara umum adalah puas, namun jika melihat hasil kelompok kontrol dapat dikatakan bahwa tingkat kepuasannya belum optimal. Pelaksanaan pelayanan keperawatan yang kurang profesional dan komprehensif ini dapat menjadi sumber penyebab belum optimalnya tingkat kepuasan pasien. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh Mudie dan Cottom dalam Tjiptono (2000) bahwa upaya untuk mewujudkan kepuasan pelanggan total bukanlah hal yang mudah, menyatakan bahwa kepuasan pelanggan total tidak mungkin tercapai, sekalipun hanya untuk sementara waktu. Kepuasan pasien merupakan nilai subyektif terhadap kualitas pelayanan yang diterima oleh pasien. Meskipun nilai subyektif ini sangat dipengaruhi oleh pengalaman pendidikan, umur, keadaan emosional dan lingkungan pasien, kepuasan pasien tetap akan didasari oleh kebenaran dan kenyataan obyektif yang dialami oleh pasien pada saat menerima pelayanan di rumah sakit.

Tingkat pendidikan responden paling banyak SLTA yakni 57,14%. Pendidikan yang cukup dapat mempengaruhi seseorang untuk membuat keputusan yang tepat yang akan berdampak terhadap kepuasannya. Namun dengan

pendidikan yang kurang pasien memiliki pandangan sendiri tentang kepuasan. Selain pendidikan, jenis biaya perawatan juga mempengaruhi kepuasan pasien. Sebagian besar pasien yang dirawat di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya menggunakan Askeskin karena RSUD Dr. Soetomo merupakan rumah sakit rujukan pemerintah dengan prosedur pengurusan Askeskin mudah dan tidak membingungkan pasien. Selain itu RSUD DR Soetomo banyak dipilih pasien karena mempunyai fasilitas perawatan dan pengobatan yang lengkap, pengalaman pernah dirawat sebelumnya dan merupakan rekomendasi dari teman atau saudara. Apabila proses perencanaan pulang pasien dilaksanakan secara komprehensif mampu mencapai kualitas pelayanan kesehatan yang baik. Hal inilah yang akan menghasilkan kepuasan pasien dan keluarga sebagai penerima jasa pelayanan kesehatan.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dikemukakan simpulan dan saran dari hasil penelitian tentang pengaruh *discharge planning* terhadap pengetahuan, sikap dan kepuasan pasien di ruang tropik wanita pada tanggal 23 Juni – 10 Juli 2008.

6.1 Simpulan

Pelaksanaan *discharge planning* di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya meliputi pengukuran terhadap variabel pengetahuan, sikap dan kepuasan pasien yang meliputi:

1. Pemberian *discharge planning* di ruang tropik wanita RSUD Dr Soetomo Surabaya, berperan dalam meningkatkan pengetahuan pasien.
2. Penerapan *discharge planning* mampu merubah sikap pasien menjadi lebih positif terhadap asuhan keperawatan.
3. Pemberian *discharge planning* yang berfokus pada pendidikan kesehatan berperan dalam meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.

6.2 Saran

1. Bagi pasien dan keluarga agar pelaksanaan *discharge planning* yang diperoleh dapat membantu dalam mempercepat penyembuhan dan mengantisipasi sikap agar tidak menimbulkan kejadian berulang.
2. Bagi rumah sakit agar penerapan *discharge planning* diberikan sebelum, selama dan sesudah pasien MRS, dapat dijadikan suatu anjuran atau protap dalam memberikan asuhan keperawatan yang paripurna untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.

3. Bagi perawat agar dalam memberikan pelayanan kesehatan, proses perencanaan pulang pasien berupa *health education* dilakukan secara komprehensif dari awal pasien MRS sampai KRS.
4. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang pengaruh *discharge planning* terhadap kepatuhan kontrol dan keselamatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Adikoesoemo, S. (1997). *Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan. Hal 56-57.
- Alma, B.(2001). *Manajemen Pemasaran dan Pemasaran Jasa*. Bandung: Alpha Beta. Hal 43.
- Arikunto (1998). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta. Hal 240-450.
- Astuti, Widi (2000). Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr Soetomo Surabaya. *Buletin Penelitian RSUD Dr Soetomo Surabaya* Vol 2 No 2. Hal: 48-54.
- Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan edisi ketiga*. Jakarta: Binarupa Aksara. Hal 51.
- Azwar, S. (2003). *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. Hal: 13-17.
- Basri, A. (2005). Pengukuran Kinerja Pelayanan dan Indeks Kepuasan Pelanggan dengan Metode Serqual di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr Soetomo Surabaya. *Buletin Penelitian RSUD Dr Soetomo Surabaya* Vol 7 No 2. Hal: 55-61.
- Carpenito LJ (Ed) (1999). *Rencana Asuhan dan Dokumentasi Keperawatan edisi 2*. Jakarta: EGC. Hal 99-102.
- Kotler,P. (1997). *Marketing Manajement*. Jakarta: Prenhalindo. Hal 32
- 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.
- Mansjoer, A. (2002). *Kapita Selekta Kedokteran edisi ketiga jilid 1*. Jakarta: Media Aesculapius Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Hal 428-433, 421-425 ,500-507.
- Muninjaya, G. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta : EGC. Hal : 220-238.
- Niven, N. (Ed) (2000). *Psikologi Kesehatan Pengantar untuk Perawat dan Profesi Kesehatan lain edisi 2*. EGC: Jakarta. Hal 192-199.
- Nursalam (2003). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika. Hal 80-119.

- Nursalam (2007). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional..* Jakarta: Salemba Medika. Hal 94-99.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta. Hal: 27-32, 36-49, 120-131
- Parasuraman, A., et.all (1988). *Servqual : A Multiple-Item Scale For Measuring Consumer Perception Of Service Quality,* Journal Of Retailing.
- Patricia, A. (2002) *Riset keperawatan buku Ajar dan Latihan Edisi 4.* Jakarta: EGC. Hal 43-174.
- PSIK Unair. (2007). *Buku Pedoman Penyusunan Proposal dan Skripsi.* Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Surabaya. Hal 16-34
- Riza, 2007. “Antisipasi Perencanaan Kebutuhan Tenaga Kesehatan guna Mendukung Indonesia Sehat 2010”, (Online), (<http://nursingbrainriza.blogspot.com/2007/11/antisipasi-perencanaan-kebutuhan-tenaga.html>, diakses 11 juni 2008)
- 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.
- Smet, B. (1994). *Psikologi Kesehatan.* Grasindo: Jakarta. Hal 250-261.
- Soedibjo, S. (2006). Tingkat Kepuasan pasien Gakin di Unit Rawat Jalan Departemen Ilmu Kesehatan Anak Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr Cipto Mangunkusumo. *Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan* Vol 4 No 3, Hal: 132-137.
- Soejadi (1996). *Pedoman Penilaian Kinerja Rumah Sakit Umum.* Jakarta: Katiga Bina. Hal 13.
- Soeroso, S. (2003). *Manajemen Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit: Suatu Pendekatan Sistem.* Jakarta: EGC. Hal 11-12, 15-16.
- Sugiyono. 2005. *Statistika untuk Penelitian.* Bandung : Alfabeta. Hal 21-69.
- Sukarno, E. (2000). *Sistem Pengendalian Manajemen: Suatu Pendekatan Praktis.* Jakarta: Gramedia Pustaka Utama. Hal.11

- Supartini, Y. (2001). Manajemen Informasi tentang Perencanaan Pemulangan Pasien (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.
- 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.
- Wolper, L. (2001). *Administrasi Layanan Kesehatan: Prinsip, Praktik, Struktur dan Penyampaian edisi kedua*. Jakarta: EGC. Hal 329.
- Wijanarko, B. (2000). Pengaruh Kualitas Layanan Terhadap Kepuasan Pelanggan RSUD Dr Soetomo Surabaya. *Buletin Penelitian RSUD Dr Soetomo Surabaya* Vol 2 No 2. Hal: 43-47.
- Wijono, D. (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Airlangga University Press. Surabaya, hal : 13 – 17

Lampiran 1

Lampiran 2**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fitand Brilliane Natalia

NIM : 010410701B

adalah mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul

“PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP DAN KEPUASAN PASIEN DI RUANG TROPIK WANITA RSUD SOETOMO SURABAYA “

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui apakah ada pengaruh *discharge planning* (perencanaan pulang) terhadap pengetahuan, sikap dan kepuasan pasien. Manfaat penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan dan pengetahuan bagi para petugas kesehatan dalam bidang pelayanan kesehatan.

Untuk itu kami memohon partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini untuk menjadi responden penelitian kami dengan menandatangani formulir persetujuan yang telah kami sediakan. Kesediaan Bapak/Ibu adalah sukarela, dan data penelitian yang diambil dan disajikan bersifat rahasia, tanpa menyebutkan nama Bapak/Ibu dan hanya disajikan untuk pengembangan pendidikan ilmu keperawatan. Kami akan menjamin kerahasiaan data dan identitas Bapak/Ibu.

Atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, Juni 2008

Hormat saya,

Fitand Brilliane Natalia

Lampiran 3**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh Fitand Brilliane Natalia, mahasiswa Program Studi SI Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul : pengaruh *discharge planning* (perencanaan pulang) terhadap pengetahuan, sikap dan kepuasan pasien di ruang tropik wanita RS Dr Soetomo Surabaya.

Nama :

Alamat :

Umur :

sebagai responden bagi penelitian tersebut.

Dengan menandatangani lembar persetujuan ini menunjukkan bahwa saya telah telah diberikan informasi tentang penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sadar dan tanpa adanya keterpaksaan.

Surabaya, Juni 2008

Responden,

(Tanda Tangan)

Lampiran 4**LEMBAR KUESIONER**

Judul Penelitian : Pengaruh *discharge planning* (perencanaan pulang) terhadap pengetahuan, sikap dan kepuasan pasien di ruang tropik wanita
RSU Dr Soetomo Surabaya.

Petunjuk Pengisian : Bacalah dengan teliti dan jawablah pertanyaan di bawah ini.

A. Karakteristik Responden

1. Nama :
2. Alamat :
3. Umur:
 - A. 13 - 20 tahun
 - B. 21 - 30 tahun
 - C. 31 - 40 tahun
 - D. 41 - 50 tahun
 - E. 51 - 60 tahun
4. Pendidikan formal :
 - A. tamat SD / sederajat
 - B. tamat SLTP / sederajat
 - C. tamat SMTA / sederajat
 - D. tamat D3/S1
5. Pekerjaan :
 - A. Pelajar
 - B. Ibu rumah tangga
 - C. Pedagang
 - D. Pegawai swasta
 - E. PNS
 - F. Lainnya.....
6. Biaya perawatan :
 - A. Askeskin
 - B. Umum

PASIEN DEMAM BERDARAH DENGUE

KUESIONER PENGETAHUAN

- Petunjuk :**
- Berilah tanda (✓) pada kolom benar/salah
 - Kolom “Kode” tidak perlu diisi

No	Pertanyaan	Benar	Salah	Kode
1	Penyakit yang anda derita disebabkan oleh virus			
2	Penyakit yang anda derita disebabkan karena tertular dari orang lain			
3	Anda harus istirahat total untuk mempercepat penyembuhan			
4	Saat sakit, anda boleh melakukan aktifitas seperti sebelum sakit			
5	Anda dianjurkan mengkonsumsi makanan yang bergizi			
6	Anda boleh mengkonsumsi makanan pedas			
7	Anda boleh minum jus jambu biji untuk mempercepat penyembuhan			
8	Minum obat tidak harus teratur/sewaktu-waktu			
9	Anda harus menjaga kebersihan diri dan lingkungan			
10	Jadwal kontrol tidak harus teratur/sewaktu-waktu			

KUESIONER SIKAP

- Petunjuk :**
- Berilah tanda (✓) pada kolom yang anda anggap sesuai
 - Kolom “Skor” tidak perlu diisi

Keterangan:

- SS : sangat setuju
 S : setuju
 TS : tidak setuju
 STS : sangat tidak setuju

No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS	Skor
1	Menurut saya, keadaan dan tata tertib ruangan perlu diberitahukan kepada pasien					
2	Menurut saya, petugas kesehatan tidak perlu memberitahukan perawatan apa saja yang diterima pasien					
3	Menurut saya, setelah keluar RS harus banyak beristirahat untuk mempercepat pemulihan					
4	Menurut saya, saat sakit perlu membatasi aktivitas					
5	Menurut saya, informasi tentang perawatan di rumah perlu diberitahu oleh perawat.					

6	Menurut saya, kontrolnya bisa sewaktu-waktu					
7	Menurut saya harus banyak minum air putih/ isotonik untuk mempercepat penyembuhan					
8	Menurut saya, hanya boleh makan bubur selama sakit					
9	Menurut saya, perlu menjaga kebersihan diri dan lingkungan					
10	Menurut saya, setelah keluar RS obat yang diperoleh tidak perlu diminum lagi					

KUESIONER KEPUASAN PASIEN

Petunjuk : - Berilah tanda (✓) pada kolom yang anda anggap sesuai

- Kolom “Kode” tidak perlu diisi

Keterangan:

SP : sangat puas

P : puas

TP : tidak puas

STP : sangat tidak puas

No	Pertanyaan	Jawaban				Kode
		SP	P	TP	STP	
	X1 : Tingkat kepuasan klien terhadap dimensi <i>Reability</i> (Kehandalan)					
1.	Apakah anda percaya bahwa perawat yang merawat anda mampu menangani kasus saudara dengan tepat.					
2.	Apakah secara keseluruhan pelayanan perawatan pasien di rumah sakit ini baik.					
3.	Perawat memberitahu dengan jelas, suatu hal yang harus dipatuhi oleh pasien tentang anjuran dalam perawatan					
4.	Perawat mampu menangani masalah perawatan pasien dengan tepat dan profesional					
5.	Perawat memberitahu dengan jelas sesuai hal yang dilarang demi kesembuhan anda					
6.	Perawatan sudah diupayakan agar anda merasa puas selama dirawat.					
	X2 : Tingkat kepuasan klien terhadap dimensi <i>Assurance</i> (Jaminan)					
1.	Pelayanan perawat membuat keluhan anda makin berkurang.					
2.	Dalam menangani anda perawat bersikap ramah dan sopan.					

3.	Perawat selalu memberikan penjelasan bila akan melakukan tindakan keperawatan kepada anda.					
4.	Perawat selalu tersenyum dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada anda.					
5.	Perawat di ruang rawat ini sudah profesional					
	X3 : Tingkat kepuasan klien terhadap dimensi <i>Tangibles</i> (Kenyataan)					
1.	Informasi tentang tarif sudah diberitahukan dengan jelas oleh petugas perawat.					
2.	Prosedur pelayanan perawatan bagi pasien rawat inap sudah ditetapkan dengan baik					
3.	Perawat menjaga agar kondisi ruangan rawat inap selalu bersih					
4.	Perawat menjaga agar kondisi peralatan yang digunakan selalu bersih.					
	X4 : Tingkat kepuasan klien terhadap dimensi <i>Empaty</i> (empati)					
1.	Perawat memberikan perhatian kepada anda.					
2.	Perawat selalu mendengar keluhan anda					
3.	Perawat membantu anda dengan penuh kesabaran.					
4.	Perawat dalam memberikan pelayanan tidak membedakan status sosial ekonomi anda.					
	X5 : Tingkat kepuasan klien terhadap dimensi <i>Responsiveness</i> (tanggung jawab)					
1.	Begitu anda sampai di RS ini sebagai pasien rawat inap, perawat segera menangani anda.					
2.	Perawat membantu anda untuk memperoleh obat.					
3.	Perawat membantu anda dalam pelayanan laboratorium di RS ini.					

PASIEH THYPOID

KUESIONER PENGETAHUAN

Petunjuk : - Berilah tanda (✓) pada kolom ya/tidak
 - Kolom “Kode” tidak perlu diisi

No	Pertanyaan	Benar	Salah	Kode
1	Penyakit yang anda derita disebabkan oleh kuman			
2	Penyakit yang anda derita disebabkan karena tertular dari orang lain			
3	Anda harus istirahat total untuk mempercepat penyembuhan			
4	Saat sakit, anda boleh melakukan aktifitas seperti sebelum sakit			
5	Anda dianjurkan mengkonsumsi makanan yang bergizi			
6	Anda boleh mengkonsumsi agar-agar			
7	Anda boleh mengkonsumsi buah-buahan terutama pepaya dan pisang			
8	Minum obat tidak harus teratur/sewaktu-waktu			
9	Anda harus menjaga kebersihan diri dan lingkungan			
10	Jadwal kontrol tidak harus teratur/sewaktu-waktu			

KUESIONER SIKAP

Petunjuk : - Berilah tanda (✓) pada kolom yang anda anggap sesuai
 - Kolom “Kode” tidak perlu diisi

Keterangan:

SS : sangat setuju

S : setuju

TS : tidak setuju

STS : sangat tidak setuju

No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS	Skor
1	Menurut saya, keadaan dan tata tertib ruangan perlu diberitahukan kepada pasien					
2	Menurut saya, petugas kesehatan tidak perlu memberitahukan perawatan apa saja yang diterima pasien					
3	Menurut saya, setelah keluar RS harus banyak beristirahat untuk mempercepat pemulihan					
4	Menurut saya, saat sakit perlu membatasi aktivitas					
5	Menurut saya, informasi tentang perawatan di rumah perlu diberitahu oleh perawat.					

6	Menurut saya, kontrolnya bisa sewaktu-waktu					
7	Menurut saya harus banyak minum air putih/ isotonik untuk mempercepat penyembuhan					
8	Menurut saya, hanya boleh makan bubur selama sakit					
9	Menurut saya, perlu menjaga kebersihan diri dan lingkungan					
10	Menurut saya, setelah keluar RS obat yang diperoleh tidak perlu diminum lagi					

KUESIONER KEPUASAN PASIEN

Petunjuk : - Berilah tanda (✓) pada kolom yang anda anggap sesuai

- Kolom “Kode” tidak perlu diisi

Keterangan:

SP : sangat puas

P : puas

TP : tidak puas

STP : sangat tidak puas

No	Pertanyaan	Jawaban				Kode
		SP	P	TP	STP	
	X1 : Tingkat kepuasan klien terhadap dimensi <i>Reability</i> (Kehandalan)					
1.	Apakah anda percaya bahwa perawat yang merawat anda mampu menangani kasus saudara dengan tepat.					
2.	Apakah secara keseluruhan pelayanan perawatan pasien di rumah sakit ini baik.					
3.	Perawat memberitahu dengan jelas, suatu hal yang harus dipatuhi oleh pasien tentang anjuran dalam perawatan					
4.	Perawat mampu menangani masalah perawatan pasien dengan tepat dan profesional					
5.	Perawat memberitahu dengan jelas sesuai hal yang dilarang demi kesembuhan anda					
6.	Perawatan sudah diupayakan agar anda merasa puas selama dirawat.					
	X2 : Tingkat kepuasan klien terhadap dimensi <i>Assurance</i> (Jaminan)					
1.	Pelayanan perawat membuat keluhan anda makin berkurang.					
2.	Dalam menangani anda perawat bersikap ramah dan sopan.					

3.	Perawat selalu memberikan penjelasan bila akan melakukan tindakan keperawatan kepada anda.					
4.	Perawat selalu tersenyum dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada anda.					
5.	Perawat di ruang rawat ini sudah profesional					
	X3 : Tingkat kepuasan klien terhadap dimensi <i>Tangibles</i> (Kenyataan)					
1.	Informasi tentang tarif sudah diberitahukan dengan jelas oleh petugas perawat.					
2.	Prosedur pelayanan perawatan bagi pasien rawat inap sudah ditetapkan dengan baik					
3.	Perawat menjaga agar kondisi ruangan rawat inap selalu bersih					
4.	Perawat menjaga agar kondisi peralatan yang digunakan selalu bersih.					
	X4 : Tingkat kepuasan klien terhadap dimensi <i>Empaty</i> (empati)					
1.	Perawat memberikan perhatian kepada anda.					
2.	Perawat selalu mendengar keluhan anda					
3.	Perawat membantu anda dengan penuh kesabaran.					
4.	Perawat dalam memberikan pelayanan tidak membedakan status sosial ekonomi anda.					
	X5 : Tingkat kepuasan klien terhadap dimensi <i>Responsiveness</i> (tanggung jawab)					
1.	Begitu anda sampai di RS ini sebagai pasien rawat inap, perawat segera menangani anda.					
2.	Perawat membantu anda untuk memperoleh obat.					
3.	Perawat membantu anda dalam pelayanan laboratorium di RS ini.					

PASIEN DIARE

KUESIONER PENGETAHUAN

Petunjuk : - Berilah tanda (✓) pada kolom ya/tidak
- Kolom “Kode” tidak perlu diisi

No	Pertanyaan	Benar	Salah	Kode
1	Penyakit yang anda derita disebabkan oleh kuman			
2	Penyakit yang anda derita disebabkan karena tertular dari orang lain			
3	Anda harus istirahat total untuk mempercepat penyembuhan			
4	Saat sakit, anda boleh melakukan aktifitas seperti sebelum sakit			
5	Anda dianjurkan mengkonsumsi makanan yang bergizi			
6	Anda boleh mengkonsumsi susu			
7	Anda dianjurkan minum air putih/isotonik/oralit			
8	Minum obat tidak harus teratur/sewaktu-waktu			
9	Anda harus mencuci tangan sebelum makan			
10	Jadwal kontrol tidak harus teratur/sewaktu-waktu			

KUESIONER SIKAP

Petunjuk : - Berilah tanda (✓) pada kolom yang anda anggap sesuai
- Kolom “Kode” tidak perlu diisi

Keterangan:

SS : sangat setuju

S : setuju

TS : tidak setuju

STS : sangat tidak setuju

No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS	Skor
1	Menurut saya, keadaan dan tata tertib ruangan perlu diberitahukan kepada pasien					
2	Menurut saya, petugas kesehatan tidak perlu memberitahukan perawatan apa saja yang diterima pasien					
3	Menurut saya, setelah keluar RS harus banyak beristirahat untuk mempercepat pemulihan					
4	Menurut saya, saat sakit perlu membatasi aktivitas					
5	Menurut saya, informasi tentang perawatan di rumah perlu diberitahu oleh perawat.					
6	Menurut saya, kontrolnya bisa sewaktu-waktu					

7	Menurut saya harus banyak minum air putih/ isotonik untuk mempercepat penyembuhan					
8	Menurut saya, hanya boleh makan bubur selama sakit					
9	Menurut saya, perlu menjaga kebersihan diri dan lingkungan					
10	Menurut saya, setelah keluar RS obat yang diperoleh tidak perlu diminum lagi					

KUESIONER KEPUASAN PASIEN

Petunjuk : - Berilah tanda (✓) pada kolom yang anda anggap sesuai
- Kolom “Kode” tidak perlu diisi

Keterangan:

SP : sangat puas

P : puas

TP : tidak puas

STP : sangat tidak puas

No	Pertanyaan	Jawaban				Kode
		SP	P	TP	STP	
	X1 : Tingkat kepuasan klien terhadap dimensi <i>Reability</i> (Kehandalan)					
1.	Apakah anda percaya bahwa perawat yang merawat anda mampu menangani kasus saudara dengan tepat.					
2.	Apakah secara keseluruhan pelayanan perawatan pasien di rumah sakit ini baik.					
3.	Perawat memberitahu dengan jelas, suatu hal yang harus dipatuhi oleh pasien tentang anjuran dalam perawatan					
4.	Perawat mampu menangani masalah perawatan pasien dengan tepat dan profesional					
5.	Perawat memberitahu dengan jelas sesuai hal yang dilarang demi kesembuhan anda					
6.	Perawatan sudah diupayakan agar anda merasa puas selama dirawat.					
	X2 : Tingkat kepuasan klien terhadap dimensi <i>Assurance</i> (Jaminan)					
1.	Pelayanan perawat membuat keluhan anda makin berkurang.					
2.	Dalam menangani anda perawat bersikap ramah dan sopan.					
3.	Perawat selalu memberikan penjelasan bila akan melakukan tindakan keperawatan					

	kepada anda.					
4.	Perawat selalu tersenyum dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada anda.					
5.	Perawat di ruang rawat ini sudah profesional					
	X3 : Tingkat kepuasan klien terhadap dimensi <i>Tangibles</i> (Kenyataan)					
1.	Informasi tentang tarif sudah diberitahukan dengan jelas oleh petugas perawat.					
2.	Prosedur pelayanan perawatan bagi pasien rawat inap sudah ditetapkan dengan baik					
3.	Perawat menjaga agar kondisi ruangan rawat inap selalu bersih					
4.	Perawat menjaga agar kondisi peralatan yang digunakan selalu bersih.					
	X4 : Tingkat kepuasan klien terhadap dimensi <i>Empaty</i> (empati)					
1.	Perawat memberikan perhatian kepada anda.					
2.	Perawat selalu mendengar keluhan anda					
3.	Perawat membantu anda dengan penuh kesabaran.					
4.	Perawat dalam memberikan pelayanan tidak membedakan status sosial ekonomi anda.					
	X5 : Tingkat kepuasan klien terhadap dimensi <i>Responsiveness</i> (tanggung jawab)					
1.	Begitu anda sampai di RS ini sebagai pasien rawat inap, perawat segera menangani anda.					
2.	Perawat membantu anda untuk memperoleh obat.					
3.	Perawat membantu anda dalam pelayanan laboratorium di RS ini.					

Lampiran 5

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 melakukan perawatan secara mandiri di rumah.

4.2.2 Tujuan Khusus

Setelah dilakukan perencanaan pulang, klien dan keluarga mengetahui tentang pengobatan atau kontrol, kebutuhan nutrisi, aktivitas dan istirahat.

4.3 Metode

1. Diskusi
2. Tanya jawab

4.4 Media

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

4.5 Mekanisme Kegiatan

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Kegiatan klien dan keluarga
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	13 menit	Kamar klien	Menjawab pertanyaan penyuluh Mendengarkan

	diperlukan. 3. Memberi kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya. 4. Menanyakan kembali materi yang telah disampaikan			Bertanya Menjawab pertanyaan
Penutup	1. Mengucapkan terima kasih 2. Menutup dengan salam	1 menit	Kamar klien	Mendengarkan Menjawab salam

4.6 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. Diit
 - b. Obat-obatan
 - c. Aktivifitas istirahat
 - d. Perencanaan kontrol

**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN *DISCHARGE PLANNING*
PADA KLIEN DENGAN TYPHOID
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 melakukan perawatan secara mandiri di rumah.

4.2.2 Tujuan Khusus

Setelah dilakukan perencanaan pulang, klien dan keluarga mengetahui tentang pengobatan atau kontrol, kebutuhan nutrisi, aktivitas dan istirahat.

4.3 Metode

1. Diskusi
2. Tanya jawab

4.4 Media

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

4.5 Mekanisme Kegiatan

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Kegiatan klien dan keluarga
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 typhoid dan perencanaan kontrol jika diperlukan.	13 menit	Kamar klien	Menjawab pertanyaan penyuluh Mendengarkan

	3. Memberi kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya. 4. Menanyakan kembali materi yang telah disampaikan.			Bertanya Menjawab pertanyaan
Penutup	1. Mengucapkan terima kasih 2. Menutup dengan salam	1 menit	Kamar klien	Mendengarkan Menjawab salam

4.6 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. Diit
 - b. Obat-obatan
 - c. Aktivifitas istirahat
 - d. Perencanaan kontrol

**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN *DISCHARGE PLANNING*
PADA KLIEN DENGAN DIARE
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 melakukan perawatan secara mandiri di rumah.

4.2.2 Tujuan Khusus

Setelah dilakukan perencanaan pulang, klien dan keluarga mengetahui tentang pengobatan atau kontrol, kebutuhan nutrisi, aktivitas dan istirahat.

4.3 Metode

1. Diskusi
2. Tanya jawab

4.4 Media

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

4.5 Mekanisme Kegiatan

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Kegiatan klien dan keluarga
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 diare dan perencanaan kontrol jika diperlukan.	13 menit	Kamar klien	Menjawab pertanyaan penyuluh Mendengarkan

	3. Memberi kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya. 4. Menanyakan kembali materi yang telah disampaikan.			Bertanya Menjawab pertanyaan
Penutup	1. Mengucapkan terima kasih 2. Menutup dengan salam	1 menit	Kamar klien	Mendengarkan Menjawab salam

4.6 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. Diit
 - b. Obat-obatan
 - c. Aktivifitas istirahat
 - d. Perencanaan kontrol

Lampiran 6**PEMERINTAH PROPINSI DAERAH TINGKAT I JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM Dr SOETOMO
SURABAYA**

TATA TERTIB RAWAT INAP DI RUANG TROPIK INFEKSI WANITA

1. Penyelesaian administrasi MRS di kamar terima
2. Bagi peserta ASKES harus membawa/menunjukkan kartu ASKES, menyerahkan (foto copy 3 lembar) dan surat rujukan dari puskesmas, apabila tidak dapat menunjukkan kartu ASKES dianggap pasien umum.
3. Bagi anggota veteran RI harus menunjukkan dan menyerahkan foto copy kartu pelayanan kesehatan veteran (rangkap 2).
4. Menyerahkan foto copy kartu penduduk/KSK 1 (satu) lembar.
5. Bagi pasien tidak mampu harus menyerahkan surat keterangan tidak mampu dari RT/RW/Kelurahan/Camat dan menunjukkan kartu ASKIN.
6. Tidak dibenarkan membawa barang-barang berharga (perhiasan, TV, radio, kipas angin, kompor listrik).
7. Membawa uang seperlunya saja, kalau perlu dititipkan kepada kepala ruangan.
8. Pasien/keluarga diwajibkan untuk ikuti serta menjaga kebersihan/ ketenangan/keamanan ruangan.
9. Surat ijin menunggu hanya diberikan kepada pasien yang dalam keadaan gawat/kritis dan berlaku untuk 1 orang.
10. Bagi pasien yang telah diijinkan pulang/pulang atas permintaan sendiri/pindah rumah sakit/meninggal, harus menyelesaikan administrasi ongkos perawatan dengan mendapatkan tanda bukti pembayaran sah.
11. Keluarga pasien harap mematuhi ketentuan jam berkunjung
Jam kerja : 16.00 – 17.00 WIB
Haari minggu : a. 11.00 – 12.00 WIB
 b. 16.00 – 17.00 WIB
12. Perlengkapan pasien yang dibawa sendiri oleh pasien/keluarga : handuk, sabun mandi, sisir, sikat gigi, pasta gigi.

Lampiran 7**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 se jelas-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 8

**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 9

 <p style="font-weight: bold; font-size: 1.2em; margin-top: 20px;">KAMI SENANG MENGUTAMAKAN KESEHATAN ANDA</p>	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Discharge Planning Card (Kartu Perencanaan Pasien Pulang)</p>  </div> <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 60%;">No. Reg</td> <td style="width: 40%;">:</td> </tr> <tr> <td>Nama</td> <td>: L / P</td> </tr> <tr> <td>Umur</td> <td>:</td> </tr> <tr> <td>Alamat</td> <td>:</td> </tr> <tr> <td>Ruang</td> <td>: Tropik Wanita</td> </tr> </table>	No. Reg	:	Nama	: L / P	Umur	:	Alamat	:	Ruang	: Tropik Wanita
No. Reg	:										
Nama	: L / P										
Umur	:										
Alamat	:										
Ruang	: Tropik Wanita										

<p>Pulang dari RSUD Dr. Soetomo Surabaya dalam keadaan :</p> <p><input type="checkbox"/> Sembuh</p> <p><input type="checkbox"/> Pulang Paksa</p> <p><input type="checkbox"/> Pindah Rumah Sakit lain</p> <p><input type="checkbox"/> Meneruskan dengan berobat jalan</p>	<p>PERAWATAN DI RUMAH</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</p> <p><input type="checkbox"/> CT Scan <input type="checkbox"/> Foto Rontgen</p> <p><input type="checkbox"/> Hasil Lab <input type="checkbox"/> Lain-lain:....</p>
<p>Ruang : Tropik Wanita</p>	<p>Jika Anda Pasien ASKES/ASTEK, siapkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surat Rujukan dari Puskesmas/Rumah Sakit • Kartu Askes/Astek Asli dan fotokopy
<p>MRS :</p> <p>KRS :</p>	
<p>Yang di bawa pulang :</p> <p><input type="checkbox"/> Hasil Lab <input type="checkbox"/> Foto Rontgen</p> <p><input type="checkbox"/> CT Scan <input type="checkbox"/> Kartu Kontrol</p> <p><input type="checkbox"/> Surat izin sakit <input type="checkbox"/> Lainnya...</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>Kontrol Ulang : Tanggal : Tempat Kontrol :</p>	
<p>Pasien/keluarga,</p> <p>(.....)</p>	<p>Perawat,</p> <p>(.....)</p>

Lampiran 11

Tabulasi Data Demografi

Responden		Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Biaya Perawatan
Kelompok	Kode	1 = 13-20 tahun 2 = 21-30 tahun 3 = 31-40 tahun 4 = 41-50 tahun 5 = 51-60 tahun	1 = tamat SD 2 = tamat SLTP 3 = tamat SLTA 4 = tamat D3/S1	1 = pelajar 2 = ibu rumah tangga 3 = pedagang 4 = pegawai swasta 5 = PNS 6 = lainnya	1 = Askeskin 2 = Umum
Perlakuan	1	2	3	2	2
	2	1	2	1	1
	3	1	1	1	1
	4	3	3	2	1
	5	3	3	4	1
	6	5	2	2	1
	7	3	3	4	2
Kontrol	8	5	1	2	1
	9	2	3	4	1
	10	3	1	2	1
	11	2	3	4	2
	12	2	3	4	2
	13	4	2	3	1
	14	2	3	4	1
Hasil		1 = 2 = 14,29 % 2 = 5 = 35,71 % 3 = 4 = 28,57 % 4 = 1 = 7,14 % 5 = 2 = 14,29 %	1 = 3 = 21,43 % 2 = 3 = 21,43 % 3 = 8 = 57,14 % 4 = 0	1 = 2 = 14,29 % 2 = 5 = 35,71 % 3 = 1 = 7,14 % 4 = 6 = 42,86 %	1 = 10 = 71,43% 2 = 4 = 28,57 %

Kelompok Perlakuan

No	Pengetahuan				Sikap				Kepuasan	
	Pre		Post		Pre		Post		Post	
	Skor	Kode	Skor	Kode	Skor	Kode	Skor	Kode	Skor	Kode
1	8	3	5	1	30	1	32	2	94	3
2	5	1	6	2	32	2	34	2	88	3
3	5	1	5	1	28	1	32	2	88	3
4	5	1	7	2	34	2	37	2	94	3
5	8	3	5	1	37	2	37	2	94	3
6	7	2	5	1	28	1	32	2	86	2
7	7	2	5	1	28	1	34	2	94	3

Kelompok Kontrol

No	Pengetahuan				Sikap				Kepuasan	
	Pre		Post		Pre		Post		Post	
	Skor	Kode	Skor	Kode	Skor	Kode	Skor	Kode	Skor	Kode
8	5	1	5	1	28	1	28	1	76	1
9	6	2	8	3	32	2	28	1	84	2
10	5	1	5	1	32	2	30	1	86	2
11	7	2	8	3	37	2	37	2	84	2
12	5	1	6	2	34	2	34	2	76	1
13	5	1	5	1	32	2	28	1	88	3
14	5	1	7	2	32	2	30	1	94	3

Keterangan

Pengetahuan :

1 = kurang

2 = cukup

3 = baik

Sikap:

1 = negatif

2 = positif

Kepuasan:

1 = tidak puas

2 = cukup puas

3 = puas

Lampiran 12**Hasil Uji Statistik****Kelompok Perlakuan****Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pengetahuan Pre	7	1	3	1,86	,900
Pengetahuan Post	7	2	3	2,86	,378
Valid N (listwise)	7				
Sikap Pre	7	1	2	1,43	,535
Sikap Post	7	2	2	2,00	,000
Valid N (listwise)	7				

Kelompok Kontrol**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Pengetahuan Pre	7	1	2	1,29	,488
Pengetahuan Post	7	1	3	2,86	,900
Valid N (listwise)	7				
Sikap Pre	7	1	2	1,86	,378
Sikap Post	7	1	2	1,29	,488
Valid N (listwise)	7				

Kelompok Perlakuan dan Kontrol**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Kepuasan Perlakuan	7	2	3	2,86	,378
Kepuasan kontrol	7	1	3	2,00	,816
Valid N (listwise)	7				

Pengetahuan Kelompok Perlakuan**NPar Tests****Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan Post - Negative Ranks	0(a)	,00	,00
Pengetahuan Pre Positive Ranks	5(b)	3,00	15,00
Ties	2(c)		
Total	7		

a Pengetahuan Post < Pengetahuan Pre

b Pengetahuan Post > Pengetahuan Pre

c Pengetahuan Post = Pengetahuan Pre

Test Statistics(b)

	Pengetahuan Post - Pengetahuan Pre
Z	-2,070(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,038

a Based on negative ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Pengetahuan Kelompok Kontrol**NPar Tests****Wilcoxon Signed Ranks Test**

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan Post - Pengetahuan Pre	Negative Ranks	0(a)	,00	,00
	Positive Ranks	4(b)	2,50	10,00
	Ties	3(c)		
	Total	7		

a Pengetahuan Post < Pengetahuan Pre

b Pengetahuan Post > Pengetahuan Pre

c Pengetahuan Post = Pengetahuan Pre

Test Statistics(b)

	Pengetahuan Post - Pengetahuan Pre
Z	-2,000(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,046

a Based on negative ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Pengetahuan**NPar Tests****Mann-Whitney Test****Ranks**

	kel	N	Mean Rank	Sum of Ranks
pengetahuan	1	7	9,71	68,00
	2	7	5,29	37,00
	Total	14		

Test Statistics(b)

	pengetahuan
Mann-Whitney U	9,000
Wilcoxon W	37,000
Z	-2,217
Asymp. Sig. (2-tailed)	,027
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,053(a)

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: kel

Sikap Kelompok Perlakuan
NPar Tests
Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post - pre	Negative Ranks	0(a)	,00	,00
	Positive Ranks	4(b)	2,50	10,00
	Ties	3(c)		
	Total	7		

a post < pre

b post > pre

c post = pre

Test Statistics(b)

	post - pre
Z	-2,000(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,046

a Based on negative ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Sikap Kelompok Kontrol
NPar Tests
Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post - pre	Negative Ranks	4(a)	2,50	10,00
	Positive Ranks	0(b)	,00	,00
	Ties	3(c)		
	Total	7		

a post < pre

b post > pre

c post = pre

Test Statistics(b)

	post - pre
Z	-2,000(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,046

a Based on positive ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Sikap
NPar Tests
Mann-Whitney Test

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
sikap	1	7	10,00	70,00
	2	7	5,00	35,00
	Total	14		

Test Statistics(b)

	sikap
Mann-Whitney U	7,000
Wilcoxon W	35,000
Z	-2,687
Asymp. Sig. (2-tailed)	,007
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,026(a)

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: kelompok

Kepuasan**NPar Tests****Mann-Whitney Test****Ranks**

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
kepuasan	1	7	9,64	67,50
	2	7	5,36	37,50
	Total	14		

Test Statistics(b)

	kepuasan
Mann-Whitney U	9,500
Wilcoxon W	37,500
Z	-2,155
Asymp. Sig. (2-tailed)	,031
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,053(a)

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: kelompok

Data Demografi**Usia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	2	16,7	16,7
	2,00	4	33,3	50,0
	3,00	4	33,3	83,3
	4,00	1	8,3	91,7
	5,00	1	8,3	100,0
Total	12	100,0	100,0	

Pendidikan formal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tamat SD	2	16,7	16,7	16,7
tamat SLTP	2	16,7	16,7	33,3
tamat SLTA	8	66,7	66,7	100,0
Total	12	100,0	100,0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pelajar	2	16,7	16,7	16,7
ibu rumah tangga	3	25,0	25,0	41,7
pedagang	1	8,3	8,3	50,0
pegawai swasta	4	33,3	33,3	83,3
PNS	1	8,3	8,3	91,7
lainnya	1	8,3	8,3	100,0
Total	12	100,0	100,0	

Biaya_perawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Askeskin	10	71,4	71,4	71,4
umum	4	28,6	28,6	100,0
Total	14	100,0	100,0	