

TESIS

**PENGEMBANGAN APLIKASI INSTRUMEN *DISCHARGE PLANNING*
BERBASIS TEORI TRANSISI PADA KLIEN STEMI
DESAIN *RESEARCH AND DEVELOPMENT***



Oleh:

**RAHMATUL FITRIYAH
NIM. 131814153001**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

**PENGEMBANGAN APLIKASI INSTRUMEN *DISCHARGE PLANNING*
BERBASIS TEORI TRANSISI PADA KLIEN STEMI
DESAIN *RESEARCH AND DEVELOPMENT***

TESIS

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M. Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan Fakultas
Keperawatan Universitas Airlangga**

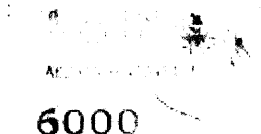
Oleh:

**RAHMATUL FITRIYAH
NIM. 131814153001**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Rahmatul Fitriyah
NIM : 131814153001
Tanda tangan : 
Tanggal : 5 Juni 2020

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

**PENGEMBANGAN APLIKASI INSTRUMEN *DISCHARGE PLANNING*
BERBASIS TEORI TRANSISI PADA KLIEN STEMI**

**RAHMATUL FITRIYAH
NIM: 131814153001**

**TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 5 Juni 2020**

Oleh:
Pembimbing Ketua



**Prof. Dr. H. Nursalam, M. Nurs (Hons)
NIP: 196612251989031004**

Pembimbing Kedua



**Ita Maulidiawati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198611142010122006**

Mengetahui,
Koordinator Program Studi



**Dr. Tintin Sukartini, S. Kp., M. Kes
NIP: 197212172000032001**




LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh:

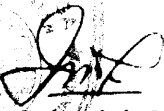
Nama : Rahmatul Fitriyah
NIM : 131814153001
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Pengembangan Aplikasi Instrumen *Discharge Planning*
Berbasis Teori Transisi Pada Klien STEMI

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal 5 Juni 2020

Panitia Penguji:

- | | | |
|------------------|--|---|
| 1. Ketua Penguji | : Dr. Tintin Sukartini, S. Kp., M. Kes | () |
| 2. Anggota | : Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons) | (.....) |
| 3. Anggota | : Ita Maulidiawati, S.Kep. Ns., M.Kep | () |
| 4. Anggota | : Dr. Mira Triharini, S.Kp. M.Kep | () |
| 5. Anggota | : Dr. Andri Setiya W, S.Kep.Ns. M.Kep | (.....) |

Mengetahui,
Koordinator Program Studi


Dr. Tintin Sukartini, S. Kp., M. Kes
NIP. 197212172000032001

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Rahmatul Fitriyah

NIM : 31814153001

Program Studi : Magister Keperawatan

Departemen : Keperawatan Medikal Bedah (KMB)

Fakultas : Keperawatan

Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non eksklusif** (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

"Pengembangan Aplikasi Instrumen *Discharge Planning* Berbasis Teori Transisi Pada Klien STEMI"

Berserta perangkat yang ada (jika diperlukan) dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengaliih media formatkan, mengelola dalam bentuk pemekalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

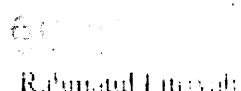
Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya

Pada tanggal : 5 Juni 2020

Yang menyatakan,




Rahmatul Fitriyah

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini yang berjudul “Pengembangan Aplikasi Instrumen *Discharge Planning* Berbasis Teori Transisi Pada Klien STEMI”. Dalam kesempatan ini ijin penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada Ibunda tercinta Ibu Chairussakinah Ady, Ayahanda Bapak Djamalur Rasjid, Ibu Mertua Ibu Umi Zuhroh, Suami Mas Ahmad Zamroni, kedua anakku Nabila dan Gilang, Adik Arif Budi Kurniawan dan Anggun Nurul Izzati terimakasih atas segala dukungan serta doa, dan juga semua pihak yang turut berkontribusi dalam penyelesaian tesis ini terutama kepada Prof. Dr. H. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku pembimbing ketua dan Ita Maulidiawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing kedua, serta beberapa pihak yaitu :

1. Prof. Dr. Moh. Nasih, SE., MT., Ak., CMA., selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya beserta para Wakil Rektor Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menempuh pendidikan Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
2. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs., (Hons), selaku Pembimbing Akademik dan Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga; Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan I; Eka Misbahatul M. Has, S.Kep.Ns., M.Kep selaku Wakil Dekan II Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga; Prof. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan III Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga beserta seluruh staf yang telah memberikan kesempatan, fasilitas dan kelancaran kepada penulis dalam menempuh pendidikan Program Magister Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

3. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes., selaku Koordinator Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga sekaligus sebagai penguji yang telah bersedia memberi arahan, perhatian, kasih sayang, waktu luang, memberikan ilmu yang sangat bermanfaat memberikan fasilitas dan motivasi dalam menyelesaikan proses pendidikan.
4. Ibu Dr Mira Triharini, S.Kp., M.Kep selaku penguji yang dengan sabar memberikan pencerahan
5. Bapak Dr Andri Setiya Wahyudi, S.Kep.,Ns. M.Kep selaku penguji yang selalu bersedia memberikan bimbingan dan motivasi
6. Bapak Fatihul Arifin yang telah membantu dengan kesabaran dan kebaikannya sehingga penulis dapat menyelesaikan studi di Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
7. Bapak Drs. Hendy dengan kebesaran hati dan kesabaran yang telah membantu penulis dalam penyelesaian tesis ini.
8. Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan ijin, fasilitas dan bantuannya dalam penyelesaian tesis ini.
9. Responden penelitian yang bersedia meluangkan waktu, tenaga dan dukungan informasi untuk melengkapi data penelitian ini.

10. Bapak Ibu staff pengajar dan karyawan program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberi banyak ilmu dan pemahaman dalam meningkatkan pengetahuan di bidang keperawatan.
11. Rekan-rekan PJ Unit Irna yang selalu bersedia meluangkan waktu untuk memberikan data dan saran agar penelitian ini terlaksana dengan baik
12. Rekan-rekan Perawat Primer Irna atas dukungan dan saran yang inspiratif
13. Teman-teman M11 Keperawatan Medikal Bedah yang selama ini bersedia menjadi partner dalam menyelesaikan proses pendidikan.
14. Saudara-saudara M11 Magister Keperawatan Universitas Airlangga Angkatan 2018 yang telah memberikan dukungan dan kebersamaan untuk selalu bersemangat menyelesaikan tesis.

Besar harapan saya semoga hasil penelitian ini bermanfaat khususnya bagi ilmu pengetahuan tentang peningkatan pengetahuan dan kesiapan pulang pada klien STEMI. Semoga Allah membalas segala semua kebaikan yang telah memberikan kesempatan, dukungan, dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini.

Surabaya, 5 Juni 2020

Peneliti

RINGKASAN

**PENGEMBANGAN APLIKASI INSTRUMEN *DISCHARGE PLANNING*
BERBASIS TEORI TRANSISI PADA KLIEN STEMI**

Oleh: Rahmatul Fitriyah

Penyakit jantung adalah penyebab nomor satu kematian secara global, oleh karena itu perencanaan pemulangan pasien pada kasus tersebut merupakan hal yang penting untuk menjaga kontinuitas dan kesinambungan asuhan diluar rumah sakit. Perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*) termasuk edukasi dan latihan keterampilan khusus yang dibutuhkan. Namun pelaksanaan *discharge planning* masih dilakukan saat klien akan pulang dan merupakan kegiatan rutinitas berupa informasi kontrol dan medikasi yang dilanjutkan. Kurangnya pengetahuan ini berdampak pada ketidaksiapan klien menghadapi pemulangan sehingga kembali ke IGD dengan masalah minor.

Terdapat beberapa faktor yang mengakibatkan kurang optimalnya *discharge planning* antara lain ketersediaan sarana prasarana (form yang representatif, *guideline*, media), motivasi, desain pekerjaan, jadwal kerja, pengetahuan dan kemampuan tenaga kesehatan. Pelaksanaan *discharge planning* yang kurang optimal karena tidak adanya petunjuk/ *guideline* dalam melaksanakan *discharge planning* sehingga mengakibatkan ketidakseragaman pemberian edukasi kepada klien dan juga ketidaklengkapan dalam pendokumentasian pada formulir *discharge planning* yang disebabkan adanya perbedaan terminologi, pemahaman dari tenaga kesehatan.

Pengembangan aplikasi instrumen ini menggunakan teori transisi dari Afaf Meleis. Sifat dari pengalaman transisi meliputi kesadaran (*awareness*) hal ini mencerminkan apa yang diketahui dengan harapan; ikatan (*engagement*) merupakan kelanjutan dari *awareness* dimana melibatkan demonstrasi dan pertunjukan seseorang; berubah dan perbedaan (*changes and difference*) berhubungan dengan pengalaman seseorang tentang peran yang membawa keinginan untuk berubah; rentang waktu (*time span*) melalui periode yang tidak stabil, kebingungan, stres berat menuju periode yang stabil dan titik kritis (*critical point and event*) berkaitan dengan peningkatan kesadaran terhadap perubahan.

Proses dalam penyusunan pengembangan instrumen aplikasi ini dimulai dari 1) mengevaluasi pelaksanaan *discharge planning* dan pengetahuan klien, 2) Menyusun pengembangan aplikasi instrumen, 3) melakukan uji validitas instrumen. Penelitian ini menggunakan desain *research and development*. Penelitian dimulai dengan mengevaluasi instrumen *discharge planning*, mengevaluasi kelengkapan pengisian instrumen *discharge planning* pada 118 rekam medis, mengevaluasi pelaksanaan *discharge planning*, melakukan wawancara dengan tenaga medis yang terlibat dalam asuhan (dokter, perawat, apoteker dan ahli gizi), mengevaluasi tingkat pengetahuan klien dan atau keluarga. Hasil evaluasi tersebut di jadikan isu strategis pada *focus group discussion* untuk penyusunan pengembangan instrumen. Pengembangan

instrumen yang baru tersebut dilakukan uji validitas yang selanjutnya dilakukan konsultasi pakar, kemudian disusunlah aplikasi instrumen *discharge planning*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 1) evaluasi instrumen *discharge planning* menunjukkan bahwa standar judul dan standar pengesahan sudah sesuai dengan standar SNARS. Standar isi, perlu adanya penyesuaian agar mudah dipahami oleh tenaga medis dalam implementasi kepada klien. Standar waktu pelaksanaan perlu penambahan unsur frekuensi, 2) evaluasi kelengkapan dokumentasi *discharge planning* saat dirawat, kelengkapan dengan kategori “kurang” mencapai 28% dan kategori “cukup” mencapai 72%. Pada saat akan krs kelengkapan dengan kategori “kurang” mencapai 43 % dan kelengkapan dengan kategori “cukup” mencapai 28%, 3) hasil wawancara dengan tenaga kesehatan 82% perawat mengatakan perencanaan pulang dilaksanakan saat awal masuk rs dan akan keluar rs, selain itu (36%) perawat menyarankan ada *guideline* (petunjuk untuk edukasi pada klien), (45%) perawat menyarankan revisi instrumen, 4) pengetahuan klien tentang STEMI 50% dalam kategori cukup 5) pengembangan instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi dilakukan melalui FGD dan konsultasi pakar 6) hasil uji validitas instrumen dengan menilai I-CVI menunjukkan instrumen valid.

Evaluasi instrumen *discharge planning* dari aspek judul, isi, pengesahan dan waktu sebagian besar sudah sesuai dengan standar SNARS. Instrumen yang digunakan saat ini menggunakan standar SNARS namun belum disesuaikan dengan teori transisi. Validitas instrumen dilakukan penilaian oleh 3 orang pakar dengan hasil valid. Instrumen ini disusun dengan melibatkan klien dan atau keluarga sejak awal masuk rs sampai klien akan pulang. Edukasi saat awal masuk rs meliputi 3P (Perkenalan, Peraturan dan Penyakit). Saat klien dirawat edukasi meliputi kelanjutan perawatan dan keterampilan yang diperlukan saat di rumah. Edukasi saat akan keluar rs meliputi METHOD (*medication, environment, treatment, helath, outpatient referral, diet*) yang dilakukan dengan panduan aplikasi. Edukasi dilakukan dengan menerapkan teori transisi yaitu melibatkan klien dan keluarga, meningkatkan kesadaran, membuat suatu ikatan untuk berubah melalui proses dan waktu tertentu dan meningkatkan kesadaran klien dan keluarga untuk berubah (meningkatkan kesehatan)

Kesimpulan dari penelitian ini adalah 1) *Discharge planning* di RS Universitas Airlangga dilakukan sejak klien masuk rs, ketika dirawat dan akan keluar rs. Pelaksanaan *discharge planning* berada pada kategori baik saat awal masuk rs, cukup pada saat dirawat dan kurang pada saat akan keluar rs. Pengetahuan klien mayoritas dalam kategori cukup, 2) Evaluasi instrumen *discharge planning* pada standar judul, isi, pengesahan dan waktu pelaksanaan sebagian besar sudah sesuai dengan standar SNARS. Pengembangan instrumen pada standar isi (topik edukasi) dan standar waktu pelaksanaan adalah untuk memenuhi standar instrumen yaitu SME (sesuai standar, mudah, efisien dan efektif). Instrumen yang dikembangkan adalah penambahan topik edukasi pada saat dirawat serta penyesuaian topik edukasi saat akan keluar rs menjadi METHOD (*medication, environment, treatment, health, outpatient referral, diet*), 3). Pengembangan instrumen *discharge planning* telah memenuhi syarat instrumen yang baik yaitu valid, 4) Pengembangan aplikasi instrumen *discharge*

planning menghasilkan media yang digunakan sebagai panduan bagi PPA dalam melaksanakan *discharge planning* yang efektif dan efisien sejak klien masuk rs sampai klien akan keluar rs. Aplikasi ini terdiri atas menu masuk rs, rawat inap dan keluar rs serta di dalamnya terdapat submenu kalkulator untuk penghitungan *body mass index* dan kebutuhan cairan. Penggunaan aplikasi ini diinstal pada *smartphone* berbasis android.

EXECUTIVE SUMMARY

DEVELOPMENT OF DISCHARGE PLANNING INSTRUMENT APPLICATION BASED ON TRANSITION THEORY IN STEMI CLIENTS

By : Rahmatul Fitriyah

Heart disease is the number one cause of death globally, therefore planning for the return of patients in these cases is important for maintaining continuity and continuity of care outside the hospital. Discharge planning includes education and training of special skills needed. But the implementation of discharge planning is still being done when the client is going home and is a routine activity in the form of control information and continued medication. This lack of knowledge impacts the client's unpreparedness to face repatriation and returns to the emergency room with minor problems.

There are several factors that lead to less optimal discharge planning including the availability of infrastructure (representative forms, guidelines, media), motivation, work design, work schedule, knowledge, and ability of health workers. Discharge planning was not optimal because there was no guidance/guideline in carrying out discharge planning so that it results in the unequal provision of education to clients and also incompleteness in documentation on discharge planning forms due to differences in terminology, understanding of health workers.

The development of the application of this instrument used the transition theory from Afaf Meleis. The nature of the transitional experience included awareness, this reflects what is known with expectations; engagement is a continuation of awareness which involves demonstrations and performances; changes and differences related to one's experience of the role that carries the desire to change; time span through unstable periods, confusion, severe stress to stable periods and critical points and events associated with increased awareness of change.

The process in preparing the application instrument development started from 1) evaluating the implementation of discharge planning and client knowledge, 2) Developing the development of instrument applications, 3) conducting the instrument validity test. This research used research and development design. The study began by evaluating discharge planning instruments, evaluating the completeness of discharge planning instrument filling in 118 medical records, evaluating the implementation of discharge planning, conducting interviews with medical personnel involved in care (doctors, nurses, pharmacists, and nutritionists), evaluating the level of patient knowledge and or family. The results of the evaluation were made into strategic issues in focus group discussions for the development of application instrument development. The development of the new instrument was tested for validity which was then carried out by expert consultations.

The results showed that 1) the evaluation of discharge planning instruments showed that the title and endorsement standard were following the SNARS

standard. Content standards, there needs to be adjustments to be easily understood by medical personnel in the implementation to the client. The standard time for implementation requires the addition of a frequency element, 2) evaluation of the completeness of the discharge planning documentation when treated, completeness with the category of "less" reached 28% and the category of "sufficient" reached 72%. when going to discharge from the hospital completeness with the category of "less" reached 43% and completeness with the category of "adequate" reached 28%, 3) the results of interviews with health personnel 82% of nurses said discharge planning carried out at the beginning of admission and will discharge from the hospital, besides (36%) nurses suggested there is a guideline (instructions for education to patients), (45%) nurses suggested revision of instruments, 4) client knowledge about STEMI 50% in sufficient categories 5) development of discharge planning instruments based on transition theory was done through FGD and expert consultation. 6) instrument validity test results by assessing I-CVI showed the instrument is valid.

Evaluation of discharge planning instruments in terms of title, content, attestation, and time are mostly following SNARS standards. The instruments used today using the SNARS standard have not yet been adapted to the transition theory. Validity is done by 3 experts with valid results. This instrument was prepared by involving the client and family from the beginning of entering the hospital until the client will discharge. Health education at the beginning of entering 3P (Introduction, Regulation and Disease). When the client is reminded of education about the continuation of care and skills needed at home. Health education when going out METHODS (medicine, environment, medication, health, outpatient referral, diet) are carried out with application guidance. Health education has been done by applying the theory of transition that involved the client and family, raising awareness, making relationships to change through certain processes and times and raising awareness of clients and families to change (improve health)

The conclusions of this study were 1) Discharge planning at Universitas Airlangga Hospital was carried out since the client entered the hospital, when treated, and would discharge from the hospital. Implementation of discharge planning was in the good category at the beginning of entering hospital, sufficient category when being treated and less at the time of going discharge from hospital. The majority of the client's knowledge was in the sufficient category, 2) Evaluation of discharge planning instruments on the standard title, content, endorsement, and implementation time was largely following SNARS standards. Development of instruments on content standards (educational topics) and implementation time standards was to meet : according to standards, easy, efficient, and effective. The instrument developed was the addition of the educational topic when being treated as well as the adjustment of the educational topic when it would discharge to be METHOD (medication, environment, treatment, health, referral outpatient, diet), 3) The development of the discharge planning instrument met good instrument requirements namely valid, 4) Development of the application of discharge planning instruments produced a media that used as a guide for healthworkers in carried out effective and efficient

discharge planning from admit until the client will discharge from hospital. This application consists of admission to hospital, education when hospitalization, and education for discharge, beside that there was a calculator submenu for calculating body mass index and fluid requirements. Use of this application was installed on an Android-based smartphone

ABSTRAK

**PENGEMBANGAN APLIKASI INSTRUMEN *DISCHARGE PLANNING*
BERBASIS TEORI TRANSISI PADA KLIEN STEMI**

Oleh : Rahmatul Fitriyah

Pendahuluan : Penyakit jantung adalah penyebab nomor satu kematian secara global, maka perencanaan pemulangan pasien dengan kasus tersebut untuk memfasilitasi kontinuitas pelayanan harus optimal. **Tujuan** : Penelitian ini bertujuan untuk menyusun pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi. **Metode** : Desain penelitian adalah *Research and Development*. Sampel meliputi 118 rekam medis, 12 responden PPA terkait untuk kegiatan wawancara, 22 partisipan untuk kegiatan FGD. Sampel dipilih dengan menggunakan metode *purposive sampling*. Instrumen penelitian yang digunakan adalah lembar observasi dan kuesioner. Analisis data menggunakan analisis deskriptif, uji validitas dengan I-CVI. **Hasil** : hasil penelitian menunjukkan bahwa standar isi telah sesuai dengan SNARS namun perlu penyesuaian agar mudah dipahami oleh PPA dalam implementasi kepada klien. Standar waktu pelaksanaan perlu penambahan unsur frekuensi. Kurang lengkapnya dokumentasi *discharge planning* adalah karena PPA kurang memahami materi yang harus disampaikan kepada klien. Wawancara dengan tenaga kesehatan (36%) perawat menyarankan ada *guideline* discharge plannig, (45%) perawat menyarankan revisi instrumen. Pengetahuan klien tentang STEMI 50% dalam kategori cukup hal ini karena mayoritas klien pernah menjalani PCI sebelumnya. Edukasi dilakukan dengan menerapkan teori transisi yaitu melibatkan klien dan keluarga, meningkatkan kesadaran, membuat suatu ikatan untuk berubah melalui proses dan waktu tertentu dan meningkatkan kesadaran klien dan keluarga untuk berubah (meningkatkan kesehatan). **Kesimpulan** : Instrumen yang dikembangkan adalah penambahan topik edukasi saat dirawat, penyesuaian topik edukasi saat akan keluar rs menjadi METHOD (*medication, environment, treatment, health, outpatient referral, diet*) serta *guideline* berupa aplikasi materi edukasi pada setiap tahapan yang dapat digunakan oleh PPA agar *discharge planning* dapat optimal.

Kata kunci: *discharge planning*, STEMI, instrumen, aplikasi, edukasi

ABSTRACT**DEVELOPMENT OF DISCHARGE PLANNING INSTRUMENT
APPLICATION BASED ON TRANSITION THEORY IN STEMI CLIENTS**

By : Rahmatul Fitriyah

Introduction : Heart disease is the number one cause of death globally, so discharge planning for patients to facilitate continuity of care must be optimal. **Objective** : This study aimed to develop a discharge planning instrument application based on transition theory. **Method** : Research design was Research and Development. The sample included 118 medical records, 12 healthworkers related to interview activities, 22 participants for FGD. Samples were selected using the purposive sampling method. The research instrument used the observation sheet and questionnaire. Data analysis used descriptive analysis, validity test with I-CVI. **Results** : The results showed that the content standards were following SNARS but needed adjustments so that they were easily understood by healthworkers in implementation. The standard implementation time required the addition of a frequency element. The incomplete discharge planning documentation was because healthworkers lacks an understanding of the material that must be delivered. Interviews with health professionals (36%) nurses suggested guideline discharge planning, (45%) nurses recommended revision of instruments. Client knowledge about STEMI 50% in this category was sufficient because the majority of clients have undergone PCI before. Health education has been done by applying the theory of transition that involves the client and family, raising awareness, making an engagement to change through a certain process and time and increasing client and family awareness to change (improve health). **Conclusion** : The instrument developed was the addition of the topic of education while being treated, adjusting the topic of education when going home from hospital to METHOD (medication, environment, treatment, health, outpatient referral, diet) as well as guidelines in the form of application of educational material at each stage that can be used by healthworkers so that discharge planning can be optimized.

Keywords: discharge planning, STEMI, instrument, application, education

DAFTAR ISI

TESIS	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS	iv
KATA PENGANTAR	vii
RINGKASAN	x
EXECUTIVE SUMMARY	xiii
ABSTRAK	xvi
ABSTRACT	xvii
DAFTAR ISI	xviii
DAFTAR TABEL	xxi
DAFTAR GAMBAR	xxii
DAFTAR LAMPIRAN	xxiii
DAFTAR SINGKATAN	xxiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan umum	4
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Teoritis	5
1.4.2 Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Discharge Planning	7
2.1.1 Definisi <i>discharge planning</i>	7
2.1.2 Manfaat dan tujuan <i>discharge planning</i>	7
2.1.3 Prinsip-prinsip dalam <i>discharge planning</i>	8
2.1.4 Jenis-jenis pemulangan klien	9
2.1.5 Hal-hal yang harus diketahui klien sebelum pulang	10
2.1.6 Alur <i>discharge planning</i>	11
2.1.7 Komponen <i>discharge planning</i>	11
2.1.8 Faktor yang mempengaruhi <i>discharge planning</i>	12
2.1.9 Faktor yang perlu dikaji dalam <i>discharge planning</i>	15
2.1.10 Langkah <i>discharge planning</i>	17
2.1.11 Proses pelaksanaan <i>discharge planning</i>	18
2.1.12 Pemberian layanan <i>discharge planning</i>	23
2.2 Konsep STEMI	24
2.2.1 Pengertian STEMI	24
2.2.2 Penyebab STEMI	24
2.2.3 Klasifikasi	25
2.2.4 Faktor risiko	25

2.2.5	Komplikasi	26
2.2.6	Insiden STEMI	26
2.2.7	Pemeriksaan fisik	26
2.2.8	Diagnostik	28
2.2.9	Terapi.....	30
2.2.10	Kriteria hasil	40
2.2.11	Pendidikan kesehatan klien	40
2.2.12	Perencanaan pulang klien	40
2.2.13	Diet	41
2.2.14	Aktivitas	43
2.2.15	Pengendalian faktor risiko	49
2.3	Konsep Teori Transisi	50
2.3.1	Model transisi dalam <i>discharge planning</i>	54
2.3.2	Indikator transisi yang sehat.....	55
2.3.3	Perawatan diri dan manajemen perawatan diri.....	58
2.4	<i>Health Education</i> (Pendidikan Kesehatan)	59
2.4.1	Definisi <i>health education</i> (pendidikan kesehatan)	59
2.4.2	Tujuan pendidikan kesehatan	60
2.4.3	Proses pendidikan kesehatan	60
2.5	Konsep Sistem Android	61
2.5.1	Pengertian sistem android	61
2.5.2	Fitur sistem operasi android	62
2.5.3	Arsitektur sistem operasi android.....	63
2.6	Mutu Perangkat Lunak	66
2.7	Keaslian Penelitian.....	69
BAB 3	KERANGKA KONSEP	75
3.1	Kerangka Konsep	75
BAB 4	METODE PENELITIAN.....	77
4.1	Desain Penelitian.....	77
4.2	Tahapan penelitian	77
4.3	Populasi	78
4.4	Sampel.....	79
4.5	Sampling.....	80
4.6	Variabel penelitian dan definisi operasional	81
4.6.1	Variabel penelitian	81
4.6.2	Definisi operasional.....	82
4.7	Instrumen penelitian.....	84
4.8	Uji validitas dan reliabilitas kuesioner pengetahuan klien STEMI....	89
4.9	Pengumpulan data	90
4.10	Analisis data	92
4.11	Kerangka Operasional	93
4.12	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	93
4.12.1	Lokasi penelitian	93
4.12.2	Waktu Penelitian	93
4.13	Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	94
4.13.1	Tahap persiapan.....	94

4.13.2 Tahap pelaksanaan	94
4.14 Etik Penelitian	95
BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN	98
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	98
5.2 Hasil dan Analisis Penelitian.....	100
5.2.1 Studi literatur dan studi lapangan dengan mengevaluasi pelaksanaan <i>discharge planning</i> di RS Universitas Airlangga	100
5.2.2 Proses penyusunan pengembangan aplikasi instrumen <i>discharge planning</i> berbasis teori transisi pada klien STEMI	106
5.2.3 Melakukan uji validitas pengembangan instrumen <i>discharge planning</i> berbasis teori transisi.....	118
5.2.4 Pengembangan instrumen <i>discharge planning</i> berbasis teori transisi	118
5.2.5 Tampilan aplikasi <i>discharge planning</i> berbasis teori transisi	133
BAB 6 PEMBAHASAN	138
6.1 Evaluasi Instrumen <i>Discharge Planning</i> dan Pengetahuan Klien ...	138
6.2 Pengembangan Instrumen <i>Discharge Planning</i> Berbasis Teori Transisi pada klien STEMI di Ruang Rawat Inap RS Universitas Airlangga	142
6.3 Validitas Instrumen <i>Discharge Planning</i> Berbasis Teori Transisi pada klien STEMI di Ruang Rawat Inap RS Universitas Airlangga	145
6.4 Aplikasi Instrumen <i>Discharge Planning</i> Berbasis Teori Transisi ...	146
6.5 Temuan Penelitian.....	148
6.6 Keterbatasan Penelitian	148
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	150
7.1 Kesimpulan.....	150
7.2 Saran.....	151
7.2.1 Bagi manajemen rumah sakit	151
7.2.2 Bagi PPA (Profesional Pemberi Asuhan).....	151
7.2.3 Bagi peneliti selanjutnya	151
DAFTAR PUSTAKA	152
LAMPIRAN.....	156

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Langkah Memulangkan Klien.....	17
Tabel 2.2	Penelitian Pendukung yang Berhubungan dengan <i>Discharge Planning</i>	69
Tabel 4.1	Definisi Operasional Penelitian.....	82
Tabel 4.2	Blueprint Kuesioner Pengetahuan Klien dengan STEMI	85
Tabel 4.3	Rancangan pengembangan komponen isi “ <i>discharge planning</i> ”	88
Tabel 4.4	Jadwal Penelitian Pengembangan Aplikasi Instrumen <i>Discharge Planning</i> Berbasis Teori Transisi Pada Klien STEMI	94
Tabel 5.1	Evaluasi instrumen <i>discharge planning</i> di RS Universitas Airlangga	102
Tabel 5.2	Evaluasi Kelengkapan Dokumentasi <i>Discharge Planning</i> Klien STEMI di Instalasi Rawat Inap RS Universitas Airlangga bulan Mei – Desember 2019.....	103
Tabel 5.3	Rekapitulasi Rekam medis saat dirawat pada klien STEMI yang sering tidak terisi di Instalasi Rawat Inap RS Universitas Airlangga bulan Mei – Desember 2019	104
Tabel 5.4	Rekapitulasi Rekam medis saat akan krs pada klien STEMI yang sering tidak terisi di Instalasi Rawat Inap RS Universitas Airlangga bulan Mei – Desember 2019	104
Tabel 5.5	Pengetahuan klien dan keluarga tentang STEMI	105
Tabel 5.6	Perumusan Isu Strategis Untuk Bahan <i>Focus Group Discussion</i> (FGD) pengembangan aplikasi instrumen <i>discharge planning</i> berbasis teori transisi pada klien STEMI.....	106
Tabel 5.7	Hasil FGD Tentang pengembangan aplikasi instrumen <i>discharge planning</i> berbasis teori transisi pada klien STEMI	109
Tabel 5.8	Rekomendasi dari hasil konsultasi pakar terkait pengembangan instrumen <i>discharge planning</i> pada klien STEMI	112
Tabel 5.9	Hasil Uji Validitas Instrumen dengan menghitung nilai I-CVI	118
Tabel 5.10	Pengembangan Instrumen <i>Discharge Planning</i> Berbasis Teori Transisi	119
Tabel 6.1	Hasil analisis perbandingan dari setiap komponen pada instrumen <i>discharge planning</i>	148

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Alur <i>Discharge Planning</i> (Nursalam, 2015).....	11
Gambar 2.2	Teori Transisi Middle-Range Meleis, A.I (2000) dalam (Alligood, 2010)	55
Gambar 2.3	Model pengambilan keputusan dari perawatan diri gagal jantung (Meleis, 2010)	59
Gambar 3.1	Kerangka konseptual pengembangan aplikasi instrumen <i>discharge planning</i> berbasis teori transisi pada klien STEMI di RS Universitas Airlangga.....	75
Gambar 4.1	Kerangka operasional pengembangan aplikasi instrumen <i>discharge planning</i> berbasis teori transisi klien STEMI di RS Universitas Airlangga.....	93
Gambar 5.1	Pengembangan Instrumen <i>Discharge Planning</i> Saat Awal Masuk RS.....	115
Gambar 5.2	Pengembangan Instrumen <i>Discharge Planning</i> Saat Dirawat ..	116
Gambar 5.3	Pengembangan Instrumen <i>Discharge Planning</i> Saat Akan keluar RS.....	117
Gambar 5.4	Instrumen <i>discharge planning</i> saat awal mrs (pengenalan pasien baru)	122
Gambar 5.5	Instrumen <i>discharge planning</i> saat pasien dirawat (lembar pertama).....	123
Gambar 5.6	Instrumen <i>discharge planning</i> saat pasien dirawat (lembar kedua)	124
Gambar 5.7	Instrumen <i>discharge planning</i> saat pasien dirawat (lembar ketiga)	125
Gambar 5.8	Instrumen <i>discharge planning</i> saat pasien dirawat (lembar keempat).....	126
Gambar 5.9	Instrumen <i>discharge planning</i> saat akan krs.....	128
Gambar 5.10	Pengembangan Instrumen <i>discharge planning</i> Saat Awal Masuk RS.....	129
Gambar 5.11	Pengembangan Instrumen <i>Discharge Planning</i> Saat Dirawat ..	130
Gambar 5.12	Pengembangan Instrumen <i>Discharge Planning</i> Akan Keluar RS	132
Gambar 5.13	Tampilan awal aplikasi <i>discharge planning</i>	133
Gambar 5.14	Tampilan edukasi saat awal mrs	134
Gambar 5.15	Tampilan edukasi saat dirawat	135
Gambar 5.16	Tampilan edukasi saat akan krs	136
Gambar 5.17	Tampilan kalkulator	137

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Penjelasan Penelitian Bagi Responden Penelitian	156
Lampiran 2	Lembar Penjelasan Responden Kegiatan FGD (<i>Fokus Grup Discussion</i>).....	158
Lampiran 3	Panduan <i>Focus Group Discussion</i> (FGD) Pengembangan Instrumen <i>Discharge Planning</i> Berbasis Teori Transisional Di RS Universitas Airlangga Surabaya.....	160
Lampiran 4	<i>Informed Consent</i> (Pernyataan Persetujuan Ikut Penelitian)	162
Lampiran 5	Kuisisioner Penelitian Pengembangan Aplikasi Instrumen <i>Discharge Planning</i> Berbasis Teori Transisi pada Klien Dengan Infark Miokard Akut Di RS Universitas Airlangga	163
Lampiran 6	Kuisisioner Pengetahuan Klien Infark Miokard Akut	164
Lampiran 7	Lembar evaluasi kelengkapan rekam medis <i>discharge planning</i>	166
Lampiran 8	Lembar evaluasi pelaksanaan <i>discharge planning</i>	168
Lampiran 9	Draft Aplikasi Instrumen <i>Discharge Planning</i>	169
Lampiran 10	Instrumen Evaluasi <i>Discharge Planning</i>	170
Lampiran 11	Lembar Penilaian Pengembangan Instrumen <i>Discharge Planning</i> Berbasis Teori Transisi	171
Lampiran 12	Keterangan Lolos Uji Laik Etik	174
Lampiran 13	Berita Acara Konsultasi Pakar 1	175
Lampiran 14	Berita Acara Konsultasi Pakar 2	176
Lampiran 15	Uji Validitas Kuesioner Pengetahuan klien	177
Lampiran 16	Pengembangan Instrumen <i>Discharge Planning</i> Awal Mrs.....	182
Lampiran 17	Pengembangan Instrumen <i>Discharge Planning</i> Saat Dirawat .	183
Lampiran 18	Pengembangan Instrumen <i>Discharge Planning</i> Saat Akan Krs	184
Lampiran 19	Uji Validitas Instrumen <i>Discharge Planning</i> Awal Mrs dan Saat Dirawat.....	185
Lampiran 20	Uji Validitas Instrumen <i>Discharge Planning</i> Saat.....	186
Lampiran 21	Uji Validitas Instrumen <i>Discharge Planning</i> Saat Akan Krs ..	187
Lampiran 22	Wawancara Dengan Ppa (Profesional Pemberi Asuhan)	188

DAFTAR SINGKATAN

IMA/AMI	=	Infark Miokard Akut/Acute Miocard Infarc
P3	=	Perencanaan Pemulangan Klien
RHDS	=	<i>Readiness for Hospital Discharge Scale</i>
DP	=	<i>Discharge Planning</i>
FGD	=	<i>Focus Group Discussion</i>
RS	=	Rumah Sakit
IGD	=	Instalasi Gawat Darurat
HE	=	<i>Health Education</i>
TJC	=	<i>The Joint Commission</i>
PP	=	Perawat Primer
PA	=	Perawat Associate
TG	=	Trigliserid
LDL	=	<i>Low Density Lipoprotein</i>
HDL	=	<i>High Density Lipoprotein</i>
LD	=	Laktat Dehidrogenase
CRP	=	C Reaction Protein
IV	=	Intravena
PCI	=	Percutaneous Coronary Intervention
LUNS	=	Longer-term Unmet Needs after Stroke
EQ-5D-3L	=	3 Level European Quality of life-5 Dimensions
PPA	=	Profesional Pemberi Asuhan
ACE	=	<i>Angiotensin Converting Enzyme</i>
STEMI	=	<i>ST elevation Myocardial Infarction</i>
PPK	=	Panduan Praktik Klinis
CPPT	=	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi
Mrs	=	masuk rumah sakit
Krs	=	keluar rumah sakit

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan di rumah sakit merupakan bagian dari sistem pelayanan yang terintegrasi, salah satu tujuannya adalah merencanakan pemulangan yang tepat dan aman agar kontinuitas pelayanan tetap terlaksana. Perencanaan pemulangan pasien (P3) dimulai saat admisi rawat inap, diawali dengan identifikasi kebutuhan edukasi, pemberian edukasi dan latihan keterampilan khusus yang mungkin dibutuhkan klien dan keluarga di rumah (Sutoto and Lumenta, 2017). Pelaksanaan *discharge planning* pada klien STEMI (ST *elevation Myocardial Infarction*) masih dilakukan saat klien pulang saja dan merupakan kegiatan rutinitas berupa informasi kontrol pulang dan medikasi yang dilanjutkan. Kurangnya pengetahuan klien dan keluarga berdampak pada ketidaksiapan menghadapi pemulangan sehingga sering kembali ke IGD dengan masalah minor. *Discharge planning* yang optimal merupakan elemen penting untuk memberikan informasi yang spesifik, menurunkan ansietas dan memenuhi kebutuhan edukasi (Andrew *et al.*, 2017). Kurang memadainya edukasi mengakibatkan ketidaksiapan klien untuk pulang (Weiss, 2015). Tingkat kesiapan pulang klien yang rendah berkaitan dengan angka kejadian re-mrs lebih tinggi 3 sampai 9 kali (Bobay *et al.*, 2018). Pelaksanaan *discharge planning* diawali dengan pengkajian kebutuhan klien dan keluarga ada dokumentasi dan salinannya diberikan kepada klien dan keluarga (Andrew *et al.*, 2017). Maka dibutuhkan adanya instrumen yang

terstruktur dan evaluasi pelaksanaan persiapan pulang dapat meningkatkan kesiapan pulang (Weiss *et al.*, 2015). Namun demikian penerapan *discharge planning* belum optimal karena belum adanya format terintegrasi yang standar beserta panduan edukasi mulai klien masuk sampai keluar rumah sakit (krs).

Penyakit jantung adalah penyebab nomor satu kematian secara global. Diperkirakan 17,9 juta orang meninggal karena penyakit jantung pada tahun 2016, mewakili 31% dari semua kematian global. Lebih dari tiga perempat kematian akibat penyakit jantung terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2017). Angka kejadian penyakit jantung di Indonesia menunjukkan prevalensi yang cukup meningkat dari tahun 2013 sebesar 0,5% menjadi 1,5% atau 15 dari 1000 penduduk Indonesia pada tahun 2018 (KEMENKES, 2018). Angka kejadian STEMI di RS Universitas Airlangga mencapai 43,47% dari seluruh penyakit jantung. Kejadian re-mrs klien Infark Miokard Akut di RS Unair mencapai 29% dan 77% diantaranya re-mrs dalam waktu < 30 hari. Pengumpulan data tentang *discharge planning* di RS Universitas Airlangga dilakukan dengan melakukan observasi dan wawancara. Hasil wawancara dengan kepala ruang didapatkan data bahwa pengelolaan edukasi klien dan keluarga di RS Universitas Airlangga belum efektif. Hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti di beberapa ruang rawat inap di RS Universitas Airlangga, perawat melakukan *discharge planning* sebatas ritual saja tanpa memperhatikan respon, pengetahuan serta kepuasan klien dan keluarga, selain itu

dokumentasi dalam pelaksanaan *discharge planning* juga belum optimal. Formulir atau instrumen terstruktur untuk memandu tindakan petugas kesehatan terkait dengan proses perawatan transisi, kolaborasi antar disiplin ilmu dan integrasi perawatan lanjutan harus dipertimbangkan (Rosen, 2017). Evaluasi dokumentasi keperawatan adalah untuk mengukur kualitas perawatan klien di rumah sakit dan mengatasi kesenjangan dalam perawatan melalui intervensi berbasis bukti (Lindo *et al.*, 2016). Kurang optimalnya *discharge planning* dapat menyebabkan kesalahan pengobatan, peningkatan kecemasan, perawatan yang lama dan readmisi (Bowles *et al.*, 2014).

Proses transisi merupakan proses yang dinamis dan kompleks khususnya pada kasus dengan banyak komorbiditas. *Discharge planning* yang optimal adalah bagian yang penting untuk menurunkan ansietas klien dan keluarga, mengantisipasi rencana jangka panjang dan mengurangi tidak terpenuhinya kebutuhan edukasi (Andrew *et al.*, 2017). Teori transisi diawali dengan (1) *awareness* yaitu kesadaran akan penyakitnya, (2) *engagement*, keterikatan hubungan dengan petugas, (3) *change and difference* yaitu perubahan dan perbedaan, (4) *transition time span* yaitu rentang waktu transisi, (5) *critical points and event* adalah poin kritis suatu peristiwa. Langkah tersebut merupakan proses dalam transisi untuk menuju pola respon yang baik. Kurang pengetahuan pada klien dapat mengakibatkan kurang kesadaran akan faktor risiko, perilaku sehat dan penurunan kepatuhan terhadap medikasi yang selanjutnya meningkatkan ansietas dan depresi serta memperburuk penyakit koroner (Weibel *et al.*,

2014). Perawatan berdasarkan transisi dapat mengurangi re-mrs hari ke-30 dan hari ke-90 dan dapat mengurangi biaya yang dikeluarkan (Chen *et al.*, 2019). Pendekatan kolaborasi yang komprehensif dalam *discharge planning* dilakukan untuk menunjang kesinambungan pelayanan (Rosen, 2017).

Solusi yang dikembangkan dalam penelitian ini menggunakan teori Transisi oleh Afaf Meleis, pada bagian *awareness* dan *engagement* dengan mengembangkan aplikasi instrumen *discharge planning* yaitu memberikan panduan pelaksanaan *discharge planning* melalui aplikasi yang digunakan oleh PPA di Instalasi Rawat Inap RS Universitas Airlangga dimana melibatkan klien dan keluarga dalam memberikan edukasi sehingga diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, kepuasan dan kesiapan pulang klien serta mengurangi readmisi.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI di Rumah Sakit (RS) Universitas Airlangga Surabaya

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menyusun pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI di RS Universitas Airlangga Surabaya.

1.3.2 Tujuan khusus

- 1) Mengevaluasi pelaksanaan *discharge planning* dan pengetahuan klien dengan STEMI di ruang rawat inap RS Universitas Airlangga
- 2) Mengembangkan instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi di ruang rawat inap RS Universitas Airlangga melalui *focus group discussion* (FGD) dan diskusi pakar
- 3) Mengevaluasi validitas instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien dengan STEMI di ruang rawat inap RS Universitas Airlangga
- 4) Menyusun aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi di ruang rawat inap RS Universitas Airlangga

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Penelitian ini mengembangkan teori Transisi (Afaf Meleis, 2010) pada bagian *awareness* dan *engagement* dengan mengembangkan aplikasi instrumen *discharge planning* yaitu memberikan panduan pelaksanaan *discharge planning* melalui aplikasi yang digunakan oleh PPA di Instalasi Rawat Inap untuk meningkatkan pengetahuan, kepuasan dan kesiapan pulang klien serta mengurangi readmisi.

1.4.2 Praktis

- 1) Mengembangkan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi untuk memberikan panduan dan kemudahan bagi PPA dalam melaksanakan *discharge planning* yang terstandar.
- 2) Memberikan masukan kepada pihak manajemen pelayanan sebagai dasar menetapkan kebijakan tentang *discharge planning* untuk meningkatkan pengetahuan, kepuasan klien dalam pemberian edukasi, kesiapan pulang dan mengurangi readmisi
- 3) Memberikan bahan informasi bagi peneliti lain yang berminat untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Discharge Planning

2.1.1 Definisi *discharge planning*

Perencanaan pulang merupakan suatu proses yang dinamis dan sistematis dari penilaian, persiapan, serta koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan sesudah pulang. Perencanaan pulang merupakan proses yang dinamis, agar tim kesehatan mendapatkan kesempatan yang cukup untuk menyiapkan klien melakukan keperawatan mandiri di rumah. Perencanaan pulang didapatkan dari proses interaksi ketika keperawatan profesional, klien dan keluarga berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur kontinuitas keperawatan yang diperlukan oleh klien saat perencanaan harus berpusat pada masalah klien yaitu pencegahan, terapeutik, rehabilitatif serta keperawatan rutin yang sebenarnya (Swenberg, 2000 dalam Nursalam, 2015). Perencanaan pulang merupakan bagian penting dari program keperawatan klien yang dimulai segera setelah klien masuk rumah sakit. Hal ini merupakan suatu proses yang menggambarkan usaha kerja sama antara tim kesehatan, keluarga, klien dan orang yang penting bagi klien (Nursalam, 2015)

2.1.2 Manfaat dan tujuan *discharge planning*

Ada beberapa tujuan *discharge planning* atau perencanaan pulang yaitu (Nursalam, 2015) :

1. Menyiapkan klien dan keluarga secara fisik, psikologis dan sosial
2. Meningkatkan kemandirian klien dan keluarga
3. Meningkatkan keperawatan yang berkelanjutan pada klien
4. Membantu rujukan klien pada sistem pelayanan yang lain
5. Membantu klien dan keluarga memiliki pengetahuan dan ketrampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan klien
6. Melaksanakan rentang keperawatan antara rumah sakit dan masyarakat
Manfaat *discharge planning* atau perencanaan pulang yaitu

(Nursalam, 2015) :

1. Memberi kesempatan kepada klien untuk mendapat pengajaran selama di rumah sakit sehingga bisa dimanfaatkan sewaktu di rumah
2. Tindak lanjut yang sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas keperawatan klien
3. Mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan klien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan keperawatan baru
4. Membantu kemandirian klien dalam kesiapan melakukan keperawatan rumah

2.1.3 Prinsip-prinsip dalam *discharge planning*

Prinsip *discharge planning* adalah (Nursalam, 2015) :

1. Klien merupakan fokus dalam perencanaan pulang. Nilai keinginan dan kebutuhan dari klien perlu dikaji dan dievaluasi

2. Kebutuhan dari klien diidentifikasi. Kebutuhan ini dikaitkan dengan masalah yang mungkin timbul pada saat klien 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 atau fasilitas yang tersedia di masyarakat
5. Perencanaan pulang dilakukan pada setiap pelayanan kesehatan. Setiap klien masuk tatanan pelayanan maka perencanaan pulang harus dilakukan

2.1.4 Jenis-jenis pemulangan klien

Klasifikasi pemulangan adalah (Chesca, 1982 dalam Nursalam, 2015):

- 1) *Conditioning discharge* (pulang sementara atau cuti), keadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi klien baik dan tidak terdapat komplikasi. Klien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau puskesmas terdekat
- 2) *Absolute discharge* (pulang mutlak atau selamanya), cara ini merupakan akhir dari hubungan klien dengan rumah sakit. Namun

apabila klien perlu dirawat kembali maka prosedur keperawatan dapat dilakukan kembali

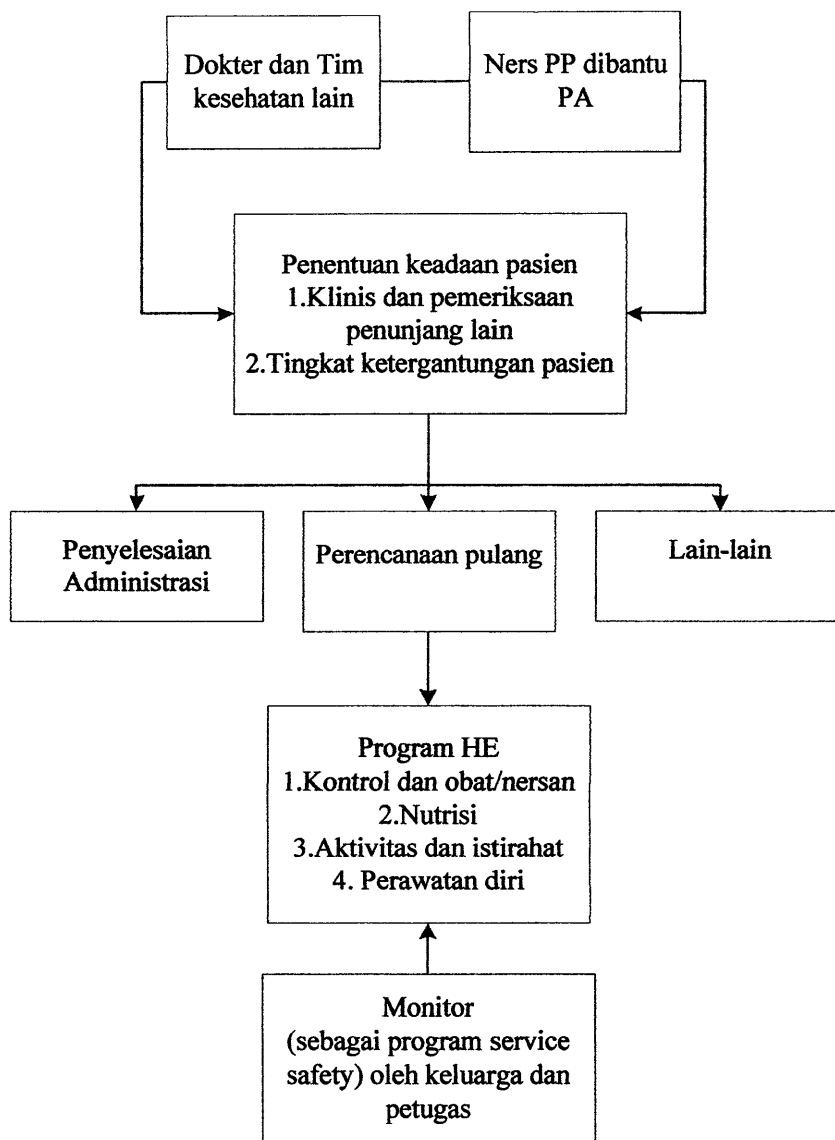
- 3) *Judicial discharge* (pulang paksa), kondisi ini klien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang, tetapi klien harus dipantau dengan melakukan kerja sama dengan keperawatan puskesmas terdekat

2.1.5 Hal-hal yang harus diketahui klien sebelum pulang

Hal-hal yang harus diketahui sebelum klien pulang adalah (Nursalam, 2015) :

- 1) Instruksi tentang penyakit yang diderita, pengobatan yang harus dijalankan, serta masalah-masalah atau komplikasi yang dapat terjadi
- 2) Informasi tertulis tentang keperawatan yang harus dilakukan di rumah
- 3) Pengaturan diet khusus dan bertahap yang harus dijalankan
- 4) Jelaskan masalah yang mungkin timbul dan cara mengantisipasi
- 5) Pendidikan kesehatan yang ditujukan kepada keluarga maupun klien sendiri dapat digunakan metode ceramah, demonstrasi, dll
- 6) Informasi tentang nomor telepon layanan keperawatan, medis dan kunjungan rumah apabila klien memerlukan

2.1.6 Alur *discharge planning*



Gambar 2.1 Alur *Discharge Planning* (Nursalam, 2015)

2.1.7 Komponen *discharge planning*

Komponen perencanaan pulang terdiri dari (Jipp dan Sirass, 1986 dalam Nursalam, 2015), komponen :

- 1) Perawatan di rumah meliputi pemberian pengajaran atau pendidikan kesehatan (*health education*) mengenai diet, mobilisasi, waktu kontrol dan tempat kontrol. Pemberian pembelajaran disesuaikan dengan tingkat pemahaman dan keluarga mengenai perawatan selama klien di rumah nanti;
- 2) Obat-obat yang masih diminum dan jumlahnya, meliputi dosis, cara pemberian dan waktu yang tepat minum obat;
- 3) Obat-obat yang dihentikan, karena meskipun ada obat-obat tersebut sudah tidak diminum lagi oleh klien, obat-obat tersebut tetap dibawa pulang klien;
- 4) Hasil pemeriksaan, termasuk hasil pemeriksaan luar sebelum dan selama mau rumah sakit, semua diberikan ke klien saat pulang;
- 5) Surat-surat seperti surat keterangan sakit, surat kontrol.

2.1.8 Faktor yang mempengaruhi *discharge planning*

Program perencanaan pulang (*discharge planning*) pada dasarnya merupakan program pemberian pendidikan kesehatan kepada klien. Keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari perawat dan juga dari klien (Potter and Perry, 2005).

Faktor yang berasal dari perawat yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan adalah sikap, emosi, pengetahuan dan pengalaman masa lalu (Notoatmojo, 2007).

- 1) Sikap yang baik yang dimiliki perawat akan mempengaruhi penyampaian informasi kepada klien, sehingga informasi akan lebih jelas untuk dapat dimengerti klien.
- 2) Pengendalian emosi yang dimiliki perawat merupakan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pendidikan kesehatan. Pengendalian emosi yang baik akan mengarahkan perawat untuk lebih bersikap sabar, hati-hati dan telaten. Dengan demikian informasi yang disampaikan lebih mudah diterima klien.
- 3) Pengetahuan adalah kunci keberhasilan dalam pendidikan kesehatan. Perawat harus memiliki pengetahuan yang cukup untuk memberikan pendidikan kesehatan. Pengetahuan yang baik juga akan mengarahkan perawat pada kegiatan pembelajaran klien. Klien akan semakin banyak menerima informasi dan informasi tersebut sesuai dengan kebutuhan klien.
- 4) Pengalaman masa lalu perawat berpengaruh terhadap gaya perawat dalam memberikan informasi sehingga informasi yang diberikan akan lebih terarah sesuai dengan kebutuhan klien. Perawat juga lebih dapat membaca situasi klien berdasarkan pengalaman yang mereka miliki.

Faktor yang berasal dari klien yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan adalah motivasi, sikap, rasa cemas/emosi, kesehatan fisik, tahap perkembangan dan pengetahuan sebelumnya, kemampuan dalam belajar, serta tingkat pendidikan (Potter and Perry, 2005).

- 1) Motivasi adalah faktor batin yang menimbulkan, mendasari dan mengarahkan klien untuk belajar. Bila motivasi klien tinggi, maka klien akan giat untuk mendapatkan informasi tentang kondisinya serta tindakan yang perlu dilakukan untuk melanjutkan pengobatan dan meningkatkan kesehatannya.
- 2) Sikap positif klien terhadap diagnosa penyakit dan perawatan akan memudahkan klien untuk menerima informasi ketika dilakukan pendidikan kesehatan.
- 3) Emosi yang stabil memudahkan klien menerima informasi, sedangkan perasaan cemas akan mengurangi kemampuan untuk menerima informasi.
- 4) Kesehatan fisik klien yang kurang baik akan menyebabkan penerimaan informasi terganggu.
- 5) Tahap perkembangan berhubungan dengan usia. Semakin dewasa usia kemampuan menerima informasi semakin baik dan didukung pula pengetahuan yang dimiliki sebelumnya.
- 6) Kemampuan dalam belajar yang baik akan memudahkan klien untuk menerima dan memproses informasi yang diberikan ketika dilakukan pendidikan kesehatan. Kemampuan belajar seringkali berhubungan dengan tingkat pendidikan yang dimiliki. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang umumnya kemampuan belajarnya juga semakin tinggi. tingkat pendidikan yang dimiliki. Semakin tinggi tingkat

pendidikan seseorang umumnya kemampuan belajarnya juga semakin tinggi.

2.1.9 Faktor yang perlu dikaji dalam *discharge planning*

Faktor yang perlu dikaji dalam perencanaan pulang adalah (Nursalam, 2015) :

- 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 klien menerima bantuan dan kemampuan mereka memberi asuhan;
- 4) Bantuan yang diperlukan klien;
- 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 klien setelah dirawat;
- 9) Kebutuhan perawatan dan supervisi di rumah.

Beberapa tindakan keperawatan yang dapat diberikan pada klien sebelum klien diperbolehkan pulang adalah sebagai berikut (Naylor, 2003 dalam Nursalam, 2015) :

- 1) Pendidikan kesehatan: diharapkan bisa mengurangi angka kambuh atau komplikasi dan meningkatkan pengetahuan klien serta keluarga tentang perawatan pasca rawat.
- 2) Program pulang bertahap: bertujuan untuk melatih klien kembali ke lingkungan keluarga dan masyarakat. Program ini meliputi apa yang harus dilakukan klien 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 klien di rumah.

Beberapa pedoman sebelum klien meninggalkan layanan kesehatan, yaitu (*The Joint Commission*, 2008 dalam Christensen, 2011) :

- 1) Penggunaan obat dan peralatan medis secara aman dan efektif
- 2) Pengajaran tentang nutrisi dan modifikasi diet
- 3) Teknik rehabilitasi untuk mendukung adaptasi untuk dan atau disabilitas fungsional di lingkungan
- 4) Tersedianya akses ke sumber komunitas yang diperlukan
- 5) Kapan dan bagaimana untuk memperoleh perawatan lanjutan
- 6) Tanggung jawab dari klien dan keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan secara terus menerus. Pengetahuan dan kemampuan diperlukan untuk melaksanakan tanggung jawab tersebut
- 7) Pemeliharaan personal hygiene yang sesuai standar.

2.1.10 Langkah *discharge planning*

Adapun langkah perencanaan pulang pada klien menurut Potter (2005) adalah:

Tabel 2.1 Langkah Memulangkan Klien

Saat Klien Masuk RS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sejak waktu penerimaan klien, lakukan pengkajian tentang kebutuhan pelayanan kesehatan untuk klien pulang, dengan menggunakan riwayat keperawatan, rencana perawatan, dan pengkajian kemampuan fisik dan fungsi kognitif yang dilakukan secara terus-menerus. 2. Kaji kebutuhan pendidikan kesehatan untuk klien dan keluarga yang berhubungan dengan terapi di rumah, hal yang harus dihindari akibat dari gangguan kesehatan yang dialami, dan komplikasi yang mungkin terjadi. 3. Bersama klien dan keluarga, kaji faktor lingkungan di rumah yang dapat mengganggu perawatan diri. 4. Berkolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu yang lain (contoh, terapi fisik) mengkaji perlunya rujukan untuk mendapat perawatan di rumah atau tempat pelayanan yang diperluas lainnya. 5. Kaji penerimaan terhadap masalah kesehatan dan larangan yang berhubungan dengan masalah kesehatan tersebut. 6. Konsultasi dengan anggota tim kesehatan lain tentang berbagai kebutuhan klien setelah pulang. 7. Tetapkan diagnosa keperawatan dan rencana perawatan yang tepat. Lakukan implementasi rencana perawatan. Evaluasi kemajuan secara terus-menerus. Tentukan tujuan pulang yang relevan, yaitu sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> a. Klien akan memahami masalah kesehatan dan implikasinya b. Klien akan mampu memenuhi kebutuhan individualnya c. Lingkungan rumah akan menjadi aman d. Tersedia sumber perawatan kesehatan di rumah
Sebelum Hari Pemulangan
<ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan cara untuk merubah pengaturan fisik di rumah sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi. 9. Berikan informasi tentang sumber pelayanan kesehatan di masyarakat kepada klien dan keluarga. 10. Lakukan pendidikan untuk klien dan keluarga sesegera mungkin setelah klien di rawat di rumah sakit (contoh, tanda dan gejala komplikasi; informasi tentang obat-obatan yang diberikan, penggunaan peralatan medis dalam perawatan lanjutan, diet, latihan, hal yang harus dihindari sehubungan dengan penyakit atau operasi yang dijalani), Klien mungkin dapat diberikan pamflet atau buku.
Langkah Memulangkan Klien
Saat Hari Pemulangan
<ol style="list-style-type: none"> 11. Biarkan klien dan keluarga bertanya atau berdiskusi tentang berbagai isu yang berkaitan dengan perawatan di rumah. 12. Periksa order pulang dari dokter tentang resep, perubahan tindakan pengobatan, atau alat-alat khusus yang diperlukan. 13. Tentukan apakah klien dan keluarga telah mengatur transportasi untuk pulang ke rumah. 14. Tawarkan bantuan ketika klien berpakaian atau mempersiapkan seluruh barang-barang pribadinya untuk dibawa pulang. Berikan privasi bila diperlukan. 15. Periksa seluruh kamar mandi dan lemari bila ada barang klien yang masih tertinggal. 16. Berikan klien resep atau obat-obatan sesuai dengan pesan dokter. Periksa kembali instruksi sebelumnya. 17. Hubungi kantor keuangan lembaga untuk menentukan apakah klien masih perlu membayar sisa tagihan biaya. Atur klien atau keluarga untuk pergi ke kantor tersebut. 18. Gunakan alat pengangkut barang untuk membawa barang-barang klien. Berikan kursi roda untuk klien yang tidak bisa berjalan sendiri.

-
19. Bantu klien pindah ke kursi roda dengan menggunakan mekanika tubuh dan teknik pemindahan yang benar.
 20. Kunci kursi roda. Bantu klien pindah ke mobil atau alat transportasi lain.
 21. Kembali ke unit dan beritahukan departemen penerimaan atau departemen lain yang berwenang mengenai waktu kepulangan klien.
 22. Catat kepulangan klien pada format ringkasan pulang. Pada beberapa institusi, klien akan menerima salinan dari format tersebut.
 23. Dokumentasikan status masalah kesehatan saat klien pulang
-

Sumber: Potter, Patricia A (2005).

2.1.11 Proses pelaksanaan *discharge planning*

Persiapan pulang dimulai sejak klien awal masuk rs dengan pemberian edukasi 3P yaitu Perkenalan, Peraturan dan Penyakit (Nursalam, 2015). Persiapan pulang meliputi tiga tahapan *discharge planning* yaitu (1) pengkajian/asesmen dan rencana kebutuhan pulang, (2) estimasi risiko readmisi, koordinasi dengan pelayanan kesehatan yang ada di komunitas dan (3) pemberian edukasi (Weiss *et al.*, 2015). Proses *discharge planning* mencakup kebutuhan fisik klien, psikologis, sosial, budaya, dan ekonomi. *Discharge planning* dibagi atas tiga fase, yaitu akut, transisional dan pelayanan berkelanjutan (Potter and Perry, 2006). Fase akut, perhatian utama berfokus pada usaha *discharge planning*. Fase transisional, kebutuhan pelayanan akut, tetapi tingkat urgensinya semakin berkurang dan klien mulai dipersiapkan untuk pulang dan merencanakan kebutuhan perawatan selanjutnya. Fase pelayanan selanjutnya, klien mampu untuk berpartisipasi dalam perencanaan dan pelaksanaan aktivitas perawatan berkelanjutan yang dibutuhkan setelah pemulangan. Potter and Perry (2006) menyusun format *discharge planning* sebagai berikut:

1) Pengkajian

Pengkajian *discharge planning* terdiri dari “apa dan kapan” maksud dari apa adalah apa yang harus dikaji dalam *discharge planning* dan kapan yang berarti pengkajian tersebut dilaksanakan (Bull and Robert, 2001). Pengkajian tentang apa meliputi lima area yaitu area kognitif, psikologis, status ekonomi atau finansial, akses dan dukungan lingkungan baik formal maupun informal. Sedangkan untuk mengetahui kapan pengkajian *discharge planning* dilakukan adalah sejak klien masuk ke rumah sakit atau pada saat *screening* atau kontrol kesehatan. Pada tahap ini diharapkan *discharge planner* mengetahui semua kebutuhan klien (KARS, 2019).

2) Diagnosa

Penentuan diagnosa keperawatan secara khusus bersifat individual berdasarkan kondisi atau kebutuhan klien. Adapun diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan antara lain:

a. Kecemasan

Hal ini dapat menginterupsi proses keluarga

b. Tekanan terhadap *care giver*

Hal yang menyebabkannya adalah ketakutan

c. Kurang pengetahuan terhadap pembatasan perawatan di rumah

Klien mengalami defisit perawatan diri dalam hal : makan, toileting, berpakaian, mandi atau kebersihan

d. Stress sindrom akibat perpindahan

Stress sindrom akibat perpindahan ini berhubungan dengan upaya meningkatkan pertahanan atau pemeliharaan di rumah

3) Perencanaan

Menurut Luvorne dan Barbara (1988) *discharge planning* klien membutuhkan identifikasi kebutuhan klien, kelompok perawat berfokus pada kebutuhan rencana pengajaran yang baik untuk persiapan pulang klien, yang disingkat dengan METHOD yaitu:

a. *Medication* (obat), klien sebaiknya mengetahui tentang:

- 1) Nama obat
- 2) Dosis yang harus diberikan dan waktu pemberiannya
- 3) Tujuan penggunaan obat
- 4) Efek obat yang seharusnya
- 5) Gejala yang mungkin menyimpang dari efek obat dan hal-hal yang perlu dilaporkan (pengulangan untuk tiap-tiap obat melalui resep)

b. *Environment* (lingkungan), klien akan dijamin tentang:

- 1) Instruksi yang adekuat mengenai ketrampilan-ketrampilan penting yang diperlukan di rumah
- 2) Investigasi dan koreksi berbagai bahaya di lingkungan rumah
- 3) Support emosional yang adekuat
- 4) Investigasi sumber-sumber support ekonomi
- 5) Investigasi transportasi yang akan digunakan klien

- c. *Treatment* (pengobatan), klien dan keluarga dapat:
 - 1) Mengetahui tujuan perawatan yang akan dilanjutkan di rumah
 - 2) Mampu mendemonstrasikan cara perawatan secara benar
- d. *Health*, klien akan dapat:
 - 1) Mendeskripsikan bagaimana penyakitnya atau kondisinya yang terkait dengan fungsi tubuh
 - 2) Mendeskripsikan makna-makna penting untuk memelihara derajat kesehatan, atau mencapai derajat kesehatan yang lebih tinggi
- e. *Outpatient Referral*, klien dapat:
 - 1) Mengetahui waktu dan tempat untuk kontrol kesehatan
 - 2) Mengetahui dimana dan siapa yang dapat dihubungi untuk membantu perawatan dan pengobatannya
- f. *Diet*, diharapkan klien mampu:
 - 1) Mendeskripsikan tujuan pemberian diet
 - 2) Merencanakan jenis-jenis menu yang sesuai dengan dietnya

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dapat dibedakan dalam dua bagian, yaitu penatalaksanaan yang dilakukan sebelum hari pemulangan, dan penatalaksanaan yang dilakukan pada hari pemulangan.

- a. Persiapan sebelum hari pemulangan klien; mempersiapkan klien dan keluarga dengan memberikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan, setelah menentukan segala hambatan untuk

belajar serta kemauan untuk belajar. Mengadakan sesi pengajaran dengan klien dan keluarga secepat mungkin selama dirawat di rumah sakit (seperti tanda dan gejala terjadinya komplikasi, kepatuhan terhadap pengobatan, kegunaan alat-alat medis, perawatan lanjutan, diet, komunikasikan respon klien dan keluarga terhadap penyuluhan dan usulan perencanaan pulang kepada anggota tim kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan klien.

b. Penatalaksanaan pada hari pemulangan

Jika beberapa aktivitas berikut ini dapat dilakukan sebelum hari pemulangan, perencanaan yang dilakukan akan lebih efektif. Adapun aktivitas yang dilakukan pada hari pemulangan antara lain; biarkan klien dan keluarga bertanya dan diskusikan isu-isu yang berhubungan dengan perawatan di rumah, periksa instruksi pemulangan dokter, terapi atau kebutuhan akan alat-alat medis yang khusus. Persiapkan kebutuhan dalam perjalanan dan sediakan alat-alat yang dibutuhkan sebelum klien sampai di rumah, tentukan apakah klien dan keluarga telah dipersiapkan dalam kebutuhan transportasi menuju ke rumah, jaga privasi klien sesuai kebutuhan

5) Evaluasi

Klien dan anggota keluarga menjelaskan tentang penyakit, pengobatan yang dibutuhkan, tanda-tanda atau gejala yang harus dilaporkan kepada dokter, klien atau anggota keluarga mendemonstrasikan setiap pengobatan yang akan dilanjutkan di rumah,

perawat yang melakukan perawatan rumah memperhatikan keadaan rumah, mengidentifikasi rintangan yang dapat membahayakan bagi klien, dan menganjurkan perbaikan.

2.1.12 Pemberian layanan *discharge planning*

Proses *discharge planning* harus dilakukan secara komprehensif dengan melibatkan multidisiplin, mencakup semua pemberi layanan kesehatan yang terlibat dalam pelayanan kesehatan kepada klien (Potter and Perry, 2005). *Discharge planning* tidak hanya melibatkan klien tetapi juga keluarga, teman-teman, serta pemberi layanan kesehatan. Seseorang yang merencanakan pemulangan atau koordinator asuhan berkelanjutan (*continuing care coordinator*) adalah staf rumah sakit yang berfungsi sebagai konsultan untuk proses *discharge planning* bersamaan dengan fasilitas kesehatan, menyediakan pendidikan kesehatan, dan merencanakan, mengimplementasikan *discharge planning* (Sutoto and Lumenta, 2017). Seorang *discharge planner* bertugas membuat rencana, mengkoordinasikan, memonitor dan memberikan tindakan dan proses kelanjutan perawatan. *Discharge planning* ini menempatkan perawat pada posisi yang penting dalam proses perawatan klien dan dalam team *discharge planner* rumah sakit, pengetahuan dan kemampuan perawatan melalui proses *discharge planning*. Prinsip-prinsip dalam perencanaan pulang antara lain: klien merupakan fokus dalam perencanaan pulang sehingga nilai keinginan dan kebutuhan dari klien perlu dikaji dan dievaluasi, kebutuhan klien diidentifikasi lalu

dikaitkan dengan masalah yang timbul pada saat klien pulang nanti sehingga kemungkinan masalah yang timbul di rumah dapat segera diantisipasi, perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif karena merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim harus saling bekerjasama, tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan dengan pengetahuan/ sumber daya maupun fasilitas yang tersedia di masyarakat (Nursalam, 2015).

2.2 Konsep STEMI

2.2.1 Pengertian STEMI

STEMI (*ST segment Elevation Myocardial Infarction*) adalah kejadian oklusi mendadak di arteri koroner epikardial dengan gambaran EKG elevasi segmen ST (Perki, 2016). STEMI merupakan bagian dari sindrom koroner akut (SKA).

2.2.2 Penyebab STEMI

Infark miokard akut disebabkan oleh aterosklerosis, thrombosis, agregasi trombosit, stenosis atau spasme arteri koroner (Bilotta, 2009). Sebagian besar sindrom koroner akut adalah manifestasi akut dari plak dan penipisan tudung fibrosa yang menutupi plak tersebut. Kejadian ini akan diikuti oleh proses agregasi trombosit dan aktivasi jalur koagulasi sehingga terbentuk trombus yang kaya trombosit (*white thrombus*). Trombus ini akan menyumbat lubang pembuluh darah koroner, baik secara total maupun parsial, atau menjadi mikroemboli yang menyumbat pembuluh

koroner yang lebih distal. Selain itu terjadi pelepasan zat vasoaktif yang menyebabkan vasokonstriksi sehingga memperberat gangguan aliran darah koroner yang menyebabkan iskemia miokardium. Suplai oksigen yang berhenti selama kurang lebih 20 menit menyebabkan miokardium mengalami nekrosis (infark miokard/MI) (Perki, 2016).

2.2.3 Klasifikasi

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, EKG dan pemeriksaan biomarka jantung, sindrom koroner akut dibagi menjadi (Perki, 2018) :

1. Infark miokard akut dengan elevasi segmen ST (STEMI)
2. Infark miokard akut non-elevasi segmen ST (NSTEMI)
3. Angina pectoris tidak stabil (APTS)

2.2.4 Faktor risiko

Faktor risiko STEMI :

1. Peningkatan usia (40 hingga 70 tahun)
2. Diabetes mellitus
3. Peningkatan kadar TG, LDL dan kolesterol serum, serta penurunan HDL serum
4. Asupan lemak jenuh, karbohidrat atau garam berlebihan
5. Hipertensi
6. Obesitas
7. Riwayat penyakit arteri koroner yang terdapat dalam keluarga
8. Gaya hidup kurang gerak
9. Merokok

10. Stress atau kepribadian tipe A

11. Penggunaan obat seperti amfetamin atau kokain

2.2.5 Komplikasi

Komplikasi Infark miokard akut :

1. Aritmia
2. Syok kardiogenik
3. Gagal jantung yang mengakibatkan edema paru
4. Pericarditis
5. Ruptur septum atrium atau ventrikel, dinding ventrikel
6. Aneurisma ventrikel
7. Emboli serebral atau emboli paru
8. Perluasan area awal yang mengalami infark
9. Insufisiensi mitral

2.2.6 Insiden STEMI

1. Pria lebih rentan terkena Infark miokard akut dibandingkan wanita pramenopause
2. Wanita perokok dan menggunakan kontrasepsi hormonal lebih tinggi angka kejadiannya
3. Wanita menopause angka insidennya sama dengan pria

2.2.7 Pemeriksaan fisik

1. Nyeri dada. Trias STEMI meliputi : 1) nyeri dada tipikal >20 menit, 2) nyeri tidak berkurang dengan istirahat atau pemberian nitrat, 3) nyeri

menjalar ke rahang bawah, leher, lengan kiri atau punggung disertai keringat dingin, mual dan muntah

2. **Dyspnea, tachypnoe, napas pendek, crackles**
3. **Ronchi basah halus**
4. **Palpitasi**
5. **Gejala yang tidak khas seperti mual, muntah**
6. **Takikardia**
7. **Hipertensi**
8. **Bradikardia dan hipotensi, pada MI inferior**
9. **S4, S3 dan celah paradoksikal S2 pada disfungsi ventrikel**
10. **Murmur sistolik pada insufisiensi mitral**
11. **Peningkatan tekanan vena jugularis**
12. **Friction rub pericardium pada Infark miokard transmural atau pericarditis**
13. **Demam derajat ringan selama beberapa hari kedepan**
14. **Penurunan volume urine mengindikasikan syok kardiogenik**
15. **Kulit dingin, basah, pucat**
16. **Ansietas, gelisah, pusing, gangguan penglihatan, perubahan fungsi motorik, lebih jauh lagi penurunan kesadaran yang berarti perdarahan di otak jika klien mengkonsumsi trombolitik**
17. **Pada pemeriksaan fisik ditemukan : regurgitasi katup mitral akut, hipotensi, diaforesis, ronkhi basah halus. Edema paru meningkatkan kecurigaan terhadap SKA**

2.2.8 Diagnostik

1. Kadar kreatinin kinase terutama isoenzim CKMB meningkat dalam waktu 4-6 jam dan mencapai puncak dalam 12 jam dan menetap sampai 2 hari
2. Kadar laktat dehydrogenase (LD) serum meningkat. Isoenzim LD1 (pada jaringan jantung) lebih tinggi dibandingkan LD2 (dalam serum)
3. Peningkatan leukosit, biasanya tampak pada hari kedua dan berlangsung selama 1 minggu
4. GDA, status elektrolit, koagulasi darah, fungsi ginjal dan profil lipid
5. Mioglobin (hemoprotein ditemukan pada otot jantung dan otot lurik) meningkat dimulai 1-3 jam dan mencapai puncak saat 12 jam pasca onset
6. Kadar troponin meningkat dalam 3-4 jam cedera miokardium dan menetap sampai 2 minggu. Troponin I dan T adalah spesifik untuk otot jantung dan merupakan tanda kritis dari injury miokard, menunjukkan adanya nekrosis miosit, namun tidak dapat dipakai untuk menentukan penyebab nekrosis miosit tersebut (penyebab koroner atau non koroner).
7. Hitung darah lengkap dapat menunjukkan anemia
8. Kadar CRP (C reaktif protein) serum meningkat
9. Profil kimia dapat menunjukkan kadar elektrolit abnormal (Na, K)
10. Scan dapat mengidentifikasi kerusakan otot yang sangat parah dengan mengambil akumulasi nukleotida radioaktif yang tampak sebagai "hot

spot” pada film. Pencitraan perfusi pada miokardium menunjukkan “cold spot” pada sebagian besar klien selama beberapa jam pertama setelah Infark miokard transmural

11. Ekokardiografi menunjukkan dyskinesia dinding ventrikel pada Infark miokard transmural dan membantu dalam mengevaluasi fraksi ejeksi
12. Pada bacaan EKG ditemukan depresi segmen ST serial pada Infark miokard subendokardial dan elevasi segmen ST dan gelombang Q menunjukkan adanya pembentukan jaringan parut dan nekrosis pada Infark miokard transmural. Penilaian elevasi ST dilakukan pada titik J dan ditemukan pada 2 sadapan yang bersebelahan. Nilai ambang elevasi segmen ST untuk diagnosis STEMI adalah 0,1 mV. Depresi segmen ST yang resiprokal, sadapan yang berhadapan dengan permukaan tubuh segmen elevasi ST dapat dijumpai pada klien STEMI kecuali jika STEMI terjadi mid-anterior (elevasi di V3-V6). Persangkaan adanya infark miokard menjadi kuat jika gambaran EKG pasien dengan LBBB baru juga disertai dengan elevasi segmen ST ≥ 1 mm pada sadapan dengan kompleks QRS positif dan depresi segmen ST ≥ 1 mm di V1-V3. Pada LBBB, diagnosis EKG untuk IMA sulit ditegakkan tetapi seringkali dimungkinkan jika ditemukan abnormalitas segmen ST yang bermakna. Klien dengan dugaan klinis iskemia miokard dan LBBB baru/dianggap baru, dirawat sebagai klien STEMI, sedangkan jika ada dugaan klinis iskemia miokard dan LBBB sebelumnya, dianjurkan untuk menjalani pemeriksaan angiografi

koroner. Klien dengan infark miokard dan RBBB memiliki prognosis buruk. Iskemia transmural pada pasien dengan nyeri dada dan RBBB sulit terdeteksi. Adanya keluhan angina akut dan pemeriksaan EKG tanpa elevasi segmen ST yang persisten, dinamakan NSTEMI atau angina pektoris tidak stabil (APTS). Depresi segmen ST adalah sebesar $\geq 0,05$ mV di sadapan V1-V3 dan $\geq 0,1$ mV di sadapan lainnya. Bersamaan dengan depresi segmen ST, dapat dijumpai juga elevasi segmen ST yang tidak persisten (< 20 menit) dan dapat terdeteksi di > 2 sadapan berdekatan. Inversi gelombang T yang simetris $\geq 0,2$ mV mempunyai spesifisitas tinggi untuk iskemia akut.

13. *Stress test* seperti EKG *exercise* dapat membantu menyingkirkan diagnosis banding PJK obstruktif pada pasien tanpa rasa nyeri
14. Angiografi koroner memberikan informasi mengenai keberadaan dan tingkat keparahan PJK.
15. Foto polos dada

2.2.9 Terapi

Obat-obatan yang diperlukan adalah (Perki, 2016) :

1. Anti iskemia
 - a. Beta blocker

Keuntungan utama beta blocker terletak pada efeknya terhadap reseptor beta-1 yang mengakibatkan turunnya konsumsi oksigen miokardium. Terapi hendaknya tidak diberikan pada pasien dengan gangguan konduksi atrio-ventrikuler yang signifikan,

asma bronkiale dan disfungsi akut ventrikel kiri. Berikut contoh beserta selektivitasnya : atenolol (α_1), bisoprolol (α_1), carvediol (α dan β), metoprolol (β_1), propranolol (non-selektif).

b. Nitrat

Kuntungan terapi nitrat terletak pada efek dilatasi vena yang mengakibatkan berkurangnya *preload* dan volume akhir diastolik ventrikel kiri sehingga konsumsi oksigen miokardium berkurang. Efek lain dari nitrat adalah dilatasi pembuluh darah koroner baik yang normal maupun yang mengalami aterosklerosis. Nitrat oral atau intravena efektif menghilangkan keluhan dalam fase akut dari episode angina (Kelas I-C). Nitrat tidak diberikan kepada pasien dengan tekanan darah sistolik < 90 mmHg atau > 30 mmHg dibawah nilai awal, bradikardia berat (< 50 kali permenit), takikardia tanpa gejala gagal jantung atau infark ventrikel kanan (Kelas III-C). Nitrat tidak boleh diberikan kepada pasien yang telah mengkonsumsi penghambat fosfodiesterase : sildenafil dalam 24 jam, tadalafil dalam 48 jam. Waktu yang tepat untuk terapi nitrat setelah pemberian vardenafil belum dapat ditentukan (Kelas III-C)

Tabel 2.3 menunjukkan jenis dan dosis nitrat untuk terapi IMA

Nitrat	Dosis
Isosorbid dinitrat (ISDN)	Sublingual 2,5-15 mg (onset 5 menit) Oral 15-80 mg/hari dibagi 2-3 dosis Intravena 1,25-5 mg/jam
Isosorbid 5 mononitrat	Oral 2x20 mg/hari Oral (lepas lambat) 120-240 mg/hari
Nitrogliserin (trinitrin, TNT, gliseril trinitrat)	Tablet sublingual 0,3-0,6 mg-1,5 mg Intravena 5-200 mcg/menit

c. *Calcium channel blockers* (CCBs)

Nifedipin dan amlodipin mempunyai efek vasodilator arteri dengan sedikit atau tanpa efek pada nodus SA atau AV. Sebaliknya verapamil dan diltiazem mempunyai efek terhadap nodus SA atau AV yang menonjol dan sekaligus efek dilatasi arteri. Semua CCB tersebut diatas mempunyai efek dilatasi koroner yang seimbang.

Tabel 2.4 menunjukkan jenis dan dosis *calcium channels blocker* untuk terapi IMA

Nitrat	Dosis
Verapamil	180-240 mg/hari dibagi 2-3 dosis
Diltiazem	120-360 mg/hari dibagi 3-4 dosis
Nifedipin	GITS (long acting) 30-90 mg/hari
Amlodipin	5-10 mg/hari

2. Antiplatelet

Aspirin harus diberikan kepada semua pasien tanpa kontraindikasi dengan dosis loading 150-300 mg dan dosis pemeliharaan 75-100 mg setiap harinya untuk jangka panjang, tanpa memandang strategi pengobatan yang diberikan (Kelas I-A). Penghambat pompa proton (sebaiknya bukan omeprazole) diberikan bersama DAPT (dual antiplatelet therapy : aspirin dan penghambat reseptor ADP) direkomendasikan pada pasien dengan riwayat perdarahan saluran cerna atau ulkus peptikum. Ticagrelor direkomendasikan untuk semua pasien dengan risiko kejadian iskemik sedang hingga tinggi (misalnya peningkatan troponin) dengan dosis loading 180 mg, dilanjutkan 2x90 mg/hari. Pemberian dilakukan tanpa memandang strategi pengobatan

awal. Pemberian ini juga dilakukan pada pasien yang sudah mendapatkan clopidogrel (pemberian clopidogrel kemudian dihentikan). Clopidogrel direkomendasikan untuk pasien yang tidak bisa menggunakan ticagrelor dengan dosis loading 300 mg dilanjutkan 75 mg setiap hari. Pemberian clopidogrel dosis loading 600 mg (atau dosis loading 300 mg diikuti dosis tambahan 300 mg saat IKP) direkomendasikan untuk pasien yang dijadwalkan menerima tindakan invasif ketika tidak bisa mendapatkan ticagrelor. Pada pasien yang telah menerima pengobatan penghambat reseptor ADP yang perlu menjalani pembedahan mayor non-emergensi perlu dipertimbangkan penundaan pembedahan selama 5 hari setelah penghentian pemberian ticagrelor atau clopidogrel bila secara klinis memungkinkan, kecuali bila terdapat risiko kejadian iskemik yang tinggi. Tidak disarankan memberikan aspirin bersama OAINS (penghambat COX- 2 selektif dan NSAID non-selektif).

Tabel 2.5 menunjukkan jenis dan dosis antiplatelet untuk terapi IMA

Nitrat	Dosis
Aspirin	Dosis loading 150-300 mg, dosis pemeliharaan 75-100 mg
Ticagrelor	Dosis loading 180 mg, dosis pemeliharaan 2x90 mg/hari
Clopidogrel	Dosis loading 300 mg, dosis pemeliharaan 75 mg/hari

3. Penghambat reseptor glikoprotein IIb/IIIa

Pemilihan kombinasi agen antiplatelet oral, agen penghambat reseptor glikoprotein IIb/IIIa dan antikoagulan dibuat berdasarkan risiko kejadian iskemik dan perdarahan. Penggunaan penghambat reseptor glikoprotein IIb/IIIa dapat diberikan pada pasien IKP yang telah

mendapatkan DAPT dengan risiko tinggi (misalnya peningkatan troponin, trombus yang terlihat) apabila risiko perdarahan rendah. Agen ini tidak disarankan diberikan secara rutin sebelum angiografi atau pada pasien yang mendapatkan DAPT yang diterapi secara konservatif.

4. Antikoagulan

Pemberian antikoagulan disarankan untuk semua pasien yang mendapatkan terapi antiplatelet. Pemilihan antikoagulan dibuat berdasarkan risiko perdarahan dan iskemia. Fondaparinux secara keseluruhan memiliki profil keamanan berbanding risiko yang paling baik dengan dosis 2,5 mg setiap hari secara subkutan. Enoxaparin (1 mg/kg, 2x/hari) disarankan untuk pasien dengan risiko perdarahan rendah apabila fondaparinux tidak tersedia. Enoxaparin dipertimbangkan sebagai antikoagulan untuk IKP pada pasien yang sebelumnya mendapatkan enoxaparin subkutan. Heparin tidak terfraksi (*unfractionated* heparin /UFH) atau heparin dengan berat molekul rendah (*low molecular weight heparin/LMWH*) diindikasikan apabila fondaparinux atau enoxaparin tidak tersedia.

Tabel 2.6 menunjukkan jenis dan dosis antikoagulan untuk terapi IMA

Nitrat	Dosis
Fondaparinux	2,5 mg subkutan
Enoxaparin	1 mg/kg, 2x/hari subkutan
Heparin tidak terfraksi	Bolus iv 60 U/g, dosis maksimal 4000 U Infus iv 12 U/kg selama 24-48 jam dengan dosis maksimal 1000 U/jam target aPTT 11/2-2x kontrol

5. Kombinasi antiplatelet dan antikoagulan

Penggunaan warfarin bersama aspirin dan / atau clopidogrel meningkatkan risiko perdarahan dan oleh karena itu harus dipantau ketat. Kombinasi aspirin, clopidogrel dan antagonis vitamin K jika terdapat indikasi dapat diberikan bersama-sama dalam waktu sesingkat mungkin dan dipilih target INR terendah yang masih efektif. Jika antikoagulan diberikan bersama aspirin dan clopidogrel, terutama pada penderita tua atau risiko tinggi perdarahan, target INR 2-2,5 lebih dianjurkan.

6. Penghambat *angiotensin converting enzyme* (ACE) dan penghambat reseptor angiotensin

Penghambat ACE berguna dalam mengurangi remodeling dan menurunkan angka kematian penderita pasca infark miokard yang disertai gangguan fungsi sistolik jantung dengan atau tanpa gejala klinis gagal jantung. Pada pasien dengan fraksi ejeksi ventrikel kiri \leq 40%, pasien DM, hipertensi atau penyakit ginjal kronik penghambat ACE diindikasikan penggunaan untuk jangka panjang kecuali terdapat kontraindikasi. Penghambat reseptor angiotensin merupakan alternatif pada pasien yang intoleran terhadap penghambat ACE.

Tabel 2.7 menunjukkan jenis dan dosis penghambat ACE untuk IMA

Nitrat	Dosis
Captopril	2-3 x 6,25 – 50 mg
Ramipril	2,5-10 mg/hari dalam 1 atau 2 dosis
Lisinopril	2,5 – 20 mg/hari dalam 1 dosis
Enalapril	5-20 mg/hari dalam 1 atau 2 dosis

7. Statin

Penghambat hidrosimetilglutari-koenzim A reduktase (statin) harus diberikan termasuk pasien yang telah menjalani terapi revaskularisasi. Jika tidak ada kontraindikasi terapi statin intensitas tinggi dapat dimulai sedini mungkin.

Tabel 2.8 menunjukkan jenis dan dosis statin intensitas tinggi

Nitrat	Dosis
Rosuvastatin	10-20 mg/hari
Atorvastatin	20-40 mg/hari

Penanganan pasien STEMI (Perki, 2016) yaitu :

1. Fase akut di IGD

- 1) Bed rest total
- 2) Oksigen 2-4 liter/menit
- 3) Pemasangan IVFD (*intravenous fluid drops*)
- 4) Obat-obatan
 - Aspilet 160 mg kunyah. Aspirin tidak bersalut lebih dipilih
 - Clopidogrel (untuk usia <75 tahun dan tidak rutin mengkonsumsi clopidogrel) berikan 300 mg jika pasien mendapatkan terapi fibrinolitik atau
 - Clopidogrel 600 mg atau Ticagrelor 180mg jika pasien mendapatkan primary PCI
 - Atorvastatin 40mg

- Nitrat sublingual 5mg, dapat diulang sampai 3 (tiga) kali jika masih ada keluhan, dan dilanjutkan dengan nitrat iv bila keluhan persisten
- Morfin 2-4 mg iv jika masih nyeri dada

5) **Monitoring jantung**

6) **Jika onset < 12jam:**

- Fibrinolitik (di IGD) atau
- Primary PCI (di Cathlab) bila fasilitas dan SDM di cathlab siap melakukan dalam 2 jam

2. **Fase Perawatan Intensif di ICCU (2x24 jam)**

1) **Obat-obatan**

- Simvastatin 1x20 atau Atorvastatin 1x20 mg atau 1x40 mg jika kadar LDL di atas target
- Aspilet 1 x 80mg
- Clopidogrel 1 x 75 mg atau Ticagrelor 2 x 90mg
- Bisoprolol 1x1.25 mg jika fungsi ginjal bagus, Carvedilol 2x3,125 mg jika fungsi ginjal menurun, dosis dapat di uptitrasi; diberikan jika tidak ada kontra indikasi
- Ramipril 1 x 2,5 mg jika terdapat infark anterior atau LV fungsi menurun EF <50%; diberikan jika tidak ada kontra indikasi
- Jika intoleran dengan golongan ACE-I dapat diberikan obat golongan ARB : Candesartan 1x16 mg, Valsartan 2x80mg
- Obat pencahar 2 x 1 sendok makan

- Diazepam 2 x 5 mg
 - Jika tidak dilakukan primary PCI diberikan heparinisasi dengan:
 - o UF heparin bolus 60 Unit/kgBB, maksimal 4000 Unit, dilanjutkan dengan dosis rumatan 12 Unit/kgBB maksimal 1000 Unit/jam atau
 - o Enoxaparin 2 x 60mg (sebelumnya dibolus 30mg iv) atau
 - o Fondaparinux 1 x 2,5 mg
- 2) Monitoring kardiak
 - 3) Puasa 6 jam
 - 4) Diet Jantung I 1800 kkal/24 jam
 - 5) Total cairan 1800 cc/24 jam
 - 6) Laboratorium: profil lipid (kolesterol total, HDL, LDL, trigliserid) dan asam urat

Pedoman penatalaksanaan Infark Miokard Akut menurut *Clinical Systems Improvement* dalam (Farrel, 2017) yaitu

- 1) Segera bawa ke rumah sakit
- 2) Lakukan pemeriksaan EKG 12 lead pada 10 menit pertama
- 3) Lakukan pemeriksaan darah, termasuk biomarker jantung (troponin)
- 4) Perkirakan diagnosa lain, klarifikasi diagnosa
- 5) Berikan obat-obatan rutin (oksigen, glyceryl trinitrate, morphine, aspirin 162-325 mg, beta blocker, angiotensin dalam 24 jam pertama, antikoagulan dengan heparin dan anti platelet)

- 6) Evaluasi indikasi terapi reperfusi (percutaneous coronary, thrombolytic therapy)
- 7) Lanjutkan terapi sesuai indikasi (heparin IV, clopidogrel, glycoprotein inhibitor, tirah baring minimal 12-24 jam

Terapi utama dari Infark Miokard Akut (Farrel, 2017) meliputi :

- 1) Aspirin diberikan segera setelah sampai di rumah sakit
 - 2) Aspirin diresepkan saat pulang dari rumah sakit
 - 3) ACE inhibitor atau ARB diresepkan kepada klien yang juga menderita left ventricular systolic dysfunction
 - 4) Anjurkan untuk berhenti merokok
 - 5) Beta blocker diresepkan saat pulang dari rumah sakit
 - 6) Thrombolytic (fibrinolytic) diberikan 30 menit sejak kedatangan di rumah sakit
 - 7) PCI dilakukan 90 menit kedatangan di rumah sakit
 - 8) Statin diresepkan saat pulang dari rumah sakit
3. Fase perawatan biasa
- 1) Sama dengan langkah 2a-f (diatas)
 - 2) Stratifikasi Risiko untuk prognostik sesuai skala prioritas pasien (pilih salah satu) : 6 minutes walk test, Treadmill test, Echocardiografi Stress test, *Stress test perfusion scanning* atau MRI
 - 3) Rehabilitasi dan Prevensi sekunder
- STEMI merupakan indikator kejadian oklusi total pembuluh darah arteri koroner. Keadaan ini membutuhkan tindakan revaskularisasi untuk

mengembalikan aliran darah dan reperfusi miokard secepatnya, secara medikamentosa menggunakan agen fibrinolitik atau secara mekanis melalui intervensi koroner perkutan primer.

2.2.10 Kriteria hasil

Kriteria hasil meliputi :

- 1) Klien dapat mempertahankan stabilitas hemodinamik
- 2) Tidak mengalami aritmia
- 3) Tidak mengalami komplikasi kelebihan volume cairan
- 4) Mengungkapkan peningkatan rasa nyaman dan penurunan nyeri
- 5) Menunjukkan kemampuan coping yang adekuat

2.2.11 Pendidikan kesehatan klien

Klien perlu diberikan pendidikan kesehatan tentang :

- 1) Prosedur
- 2) Pemberian obat, dosis dan kemungkinan reaksi obat
- 3) Pembatasan diet
- 4) Kelanjutan aktivitas seksual yang progresif
- 5) Respon yang tepat terhadap gejala baru atau kekambuhan
- 6) Nyeri dada yang khas atau tidak khas yang harus dilaporkan

2.2.12 Perencanaan pulang klien

- 1) Rujuk klien untuk menjalani program rehabilitasi jantung
- 2) Rujuk klien untuk menjalani program penghentian kebiasaan merokok
- 3) Rujuk klien untuk menjalani program penurunan berat badan, jika perlu

2.2.13 Diet

Tujuan pemberian diet pada klien dengan STEMI menurut (Kementrian Kesehatan RI, 2011) adalah :

- 1) Mengurangi beban kerja jantung
- 2) Menormalkan berat badan
- 3) Memenuhi kebutuhan gizi klien
- 4) Mencegah/mengurangi cairan tubuh
- 5) Mengurangi risiko penyumbatan pembuluh darah

Syarat diet :

- 1) Energi cukup untuk mencapai dan mempertahankan berat badan (BB) normal
- 2) Protein 0,8g/kg BB ideal/hari
- 3) Lemak 25—30% dari kebutuhan energi, 7% lemak jenuh dan 10-15% lemak tidak jenuh
- 4) Kolesterol rendah, terutama jika disertai dengan dislipidemia
- 5) Vitamin dan mineral cukup. Hindari penggunaan suplemen kalium, kalsium, dan magensium jika tidak dibutuhkan.
- 6) Garam rendah, 3– 5 g/hr, jika disertai hipertensi atau edema
- 7) Makanan mudah cerna dan tidak menimbulkan gas
- 8) Serat cukup untuk menghindari konstipasi

Diet yang dapat dipakai untuk menurunkan kolesterol LDL adalah diet asam lemak tidak jenuh seperti MUFA dan PUFA karena faktor diet yang paling berpengaruh terhadap peningkatan konsentrasi

kolesterol LDL adalah asam lemak jenuh. Penurunan kolesterol LDL yang diakibatkan oleh diet PUFA lebih besar dibandingkan dengan diet MUFA atau diet rendah karbohidrat. PUFA omega-3 tidak mempunyai efek hipokolesterolemik langsung, tetapi kebiasaan mengonsumsi ikan (mengandung banyak PUFA omega-3) berhubungan dengan reduksi risiko kardiovaskular independen terhadap efek pada lipid plasma. Konsumsi PUFA omega-3 pada dosis farmakologis (>2 gram/hari) mempunyai efek netral terhadap konsentrasi kolesterol LDL dan mengurangi konsentrasi TG. Data dari penelitian klinis acak, kasus kelola, dan kohor menunjukkan bahwa konsumsi PUFA omega-6 setidaknya 5% hingga 10% dari total energi mereduksi risiko PJK. Konsumsi PUFA omega-3, PUFA omega-6, dan MUFA berhubungan dengan peningkatan konsentrasi kolesterol HDL sampai 5% dan penurunan TG sebesar 10-15%. Asam lemak trans diproduksi dari minyak nabati dengan cara hidrogenasi dan dapat ditemukan secara alami di dalam lemak hewani. Asam lemak trans meningkatkan kolesterol LDL dan menurunkan kolesterol HDL. Sumber asam lemak trans di dalam diet biasanya berasal dari produk yang terbuat dari minyak terhidrogenasi parsial seperti biskuit asin (crackers), kue kering manis (cookies), donat, roti, dan makanan lain seperti kentang goreng atau ayam yang digoreng memakai minyak nabati yang dihidrogenasi. Diet karbohidrat bersifat netral terhadap kolesterol LDL, sehingga makanan kaya karbohidrat merupakan salah satu pilihan untuk menggantikan diet lemak jenuh. Di lain pihak, diet kaya karbohidrat

(>60% kalori total) berhubungan dengan penurunan konsentrasi kolesterol HDL dan peningkatan konsentrasi TG. Oleh karena itu, asupan karbohidrat dianjurkan kurang dari 60% kalori total. Asupan lebih rendah dianjurkan bagi pasien dengan peningkatan konsentrasi TG dan konsentrasi kolesterol HDL rendah seperti yang ditemukan pada pasien sindrom metabolik. Diet karbohidrat yang kaya serat dianggap diet optimal pengganti lemak jenuh yang tujuannya meningkatkan efek diet pada konsentrasi kolesterol LDL dan mengurangi efek yang tidak dikehendaki dari diet kaya karbohidrat pada lipoprotein lain. Diet makanan tinggi serat seperti kacang-kacangan, buah, sayur, dan sereal memiliki efek hipokolesterolemik langsung (Perki, 2017)

2.2.14 Aktivitas

Tujuan dari program rehabilitasi fase I (saat dirawat) adalah untuk menghindarkan pasien dari efek penyakit, efek tindakan, efek tirah baring lama atau efek deconditioning dan mengupayakan mobilisasi dini agar dapat segera keluar dari rumah sakit, mampu melakukan aktivitas sehari-hari dan perawatan diri secara mandiri. Oleh karena itu penting memperkirakan tingkat kebugaran atau kapasitas fungsional pasien yang akan dipulangkan pasca perawatan penyakit kardiovaskular untuk memperkirakan prognosis (stratifikasi risiko), perlu tidaknya segera melakukan pemeriksaan atau intervensi lanjutan. Hal tersebut dapat dilakukan dengan pemeriksaan tingkat kebugaran pra pemulangan baik dengan uji latih yang sederhana atau submaksimal misalnya dengan 6-

minute walking test atau uji latih maksimal baik dengan tes ergocycle maupun tes treadmill sesuai dengan kondisinya.

Tujuan melakukan aktivitas fisik secara teratur adalah mencapai berat badan ideal, mengurangi risiko terjadinya sindrom metabolik dan mengontrol faktor risiko PJK. Pengaruh aktivitas fisik terhadap parameter lipid terutama berupa penurunan TG dan peningkatan kolesterol HDL. Olahraga aerobik dapat menurunkan konsentrasi TG sampai 20% dan meningkatkan konsentrasi kolesterol HDL sampai 10%. Sementara itu, olahraga berupa latihan resistensi hanya menurunkan TG sebesar 5% tanpa pengaruh terhadap konsentrasi HDL. Efek penurunan TG dari aktivitas fisik sangat tergantung pada konsentrasi TG awal, tingkat aktivitas fisik, dan penurunan berat badan. Tanpa disertai diet dan penurunan berat badan, aktivitas fisik tidak berpengaruh terhadap kolesterol total dan LDL. Aktivitas fisik yang dianjurkan adalah aktivitas yang terukur seperti jalan cepat 30 menit per hari selama 5 hari per minggu atau aktivitas lain setara dengan 4-7 kkal/menit atau 3-6 METs. Beberapa jenis latihan fisik lainnya antara lain:

- Berjalan cepat (4,8-6,4 km per jam) selama 30-40 menit
- Berenang selama 20 menit
- Bersepeda baik untuk kesenangan atau transportasi, jarak 8 km dalam 30 menit
- Bermain voli selama 45 menit
- Menyapu halaman selama 30 menit

- Menggunakan mesin pemotong rumput yang didorong selama 30 menit
- Membersihkan rumah (secara besar-besaran)
- Bermain basket selama 15 hingga 20 menit
- Bermain golf tanpa caddy (mengangkat peralatan golf sendiri)
- Berdansa selama 30 menit

Uji latih jantung pada program rehabilitasi kardiovaskular merupakan metode non-invasif yang dapat digunakan untuk menentukan stratifikasi risiko, memberikan informasi prognostik, mengukur kapasitas fungsional dan efektifitas terapi, serta dapat digunakan sebagai panduan untuk memulai program latihan fisik dalam rehabilitasi kardiovaskular. Uji latih jantung *pra-discharge* merupakan cara yang dapat digunakan untuk menilai status pasien dalam masa penyembuhan. Tujuannya adalah :

- 1) Mengidentifikasi risiko kematian atau re-infark yang membutuhkan tatalaksana agresif (prosedur revaskularisasi, terapi aritmia lanjutan, atau intervensi khusus lainnya).
- 2) Mengidentifikasi pasien berisiko rendah yang memiliki prognosis baik dan hanya memerlukan modifikasi faktor risiko koroner untuk mengurangi risiko berulangnya kejadian penyakit jantung koroner dalam jangka panjang.

Uji latih jantung *pra-discharge* dapat dilakukan pada pasien dengan risiko rendah atau sedang yang telah bebas dari iskemia saat istirahat atau yang memiliki tingkat aktivitas yang rendah dan bebas dari gejala dan tanda gagal jantung untuk setidaknya selama 12 hingga 24 jam sebelum keluar

dari rumah sakit. Uji latihan jantung dengan *six-minute walk test* atau uji jalan 6 menit dengan atau tanpa telemetri EKG dapat dipakai untuk pasien yang dirawat dengan gagal jantung atau infark miokard atau penyakit lainnya yang tidak mungkin melakukan tes treadmill atau ergocycle. Uji latihan jantung pasca infark miokard dikatakan memiliki prediksi buruk (*adverse outcome*) bila :

- 1) Ditemukan depresi segmen ST 1 mm atau lebih, terutama yang timbul bersama dengan gejala/keluhan, pada tingkat beban yang rendah, atau ada tanda/ gejala gagal jantung
- 2) Kapasitas fungsional <5 METs
- 3) Respons tekanan darah tidak adekuat (tekanan darah sistolik puncak <110 mmHg pada pasien infark miokard dengan Q patologis atau peningkatan tekanan darah sistolik <30 mmHg dari tekanan darah sistolik saat istirahat)

Latihan jenis aerobik atau jenis *endurance* menjadi pilihan pertama, karena efek fisiologis, manfaat dan keamanannya. Porsi latihan *endurance* harus mencakup aktivitas yang melibatkan otot-otot besar, dengan gerakan yang ritmis / berulang. Jenis latihan yang mudah *endurance/ ketahanan* adalah: arm ergocycle, leg ergocycle/ sepeda statis, treadmill atau jalan di lorong datar. Setiap sesi latihan harus terdiri dari empat fase, yaitu pemanasan (*warm-up*), *stretching*, *conditioning* / latihan dan pendinginan (*cool down*). Fase pemanasan merupakan fase transisi yang membuat badan menyesuaikan diri terhadap perubahan fisiologis,

biomekanikal dan kebutuhan bioenergetik pada saat fase *conditioning* atau fase olahraga. Fase pemanasan dilakukan minimal 5-10 menit dengan intensitas ringan hingga sedang dengan tujuan meningkatkan temperatur tubuh dan mengurangi kemungkinan terjadinya nyeri atau kaku otot/kram. Fase stretching dilakukan setelah fase pemanasan dan pendinginan. Fase *conditioning* termasuk didalamnya latihan aerobik, resistensi, dan bentuk olahraga lainnya. Kemudian diikuti oleh fase pendinginan dengan melakukan aktivitas aerobik dan ketahanan otot dengan intensitas rendah hingga sedang setidaknya 5-10 menit. Untuk pasien dengan risiko tinggi, latihan dapat dilakukan dalam bentuk berjalan di tempat datar saja.

Dosis latihan dalam fase *conditioning* terdiri dari empat komponen, yaitu frekuensi, intensitas, durasi dan tipe latihan, dikenal dengan singkatan FITT (*Frequency, Intensity, Time, Type*). Frekuensi adalah jumlah sesi melakukan latihan fisik, misalnya berapa hari dalam seminggu. Untuk penderita penyakit jantung dianjurkan melakukan latihan 4-7 hari dalam seminggu (*most days of the week*). Intensitas adalah beban yang diberikan, dapat berupa persentase dari kapasitas aerobik fungsional maksimal atau persentase dari denyut jantung maksimal (*maximal heart rate*) dari hasil uji latih atau dapat juga berupa keluhan/persepsi pasien terhadap latihan fisik (*ratings of perceived exertion/RPE*). Time / Durasi atau lamanya latihan adalah berapa lama latihan fisik tersebut dilakukan. Kuantitas dari aktivitas fisik dapat dilakukan secara terus menerus dalam satu sesi atau secara *intermitten* tergantung dari

kemampuan pasien. Aktivitas pemanasan dan pendinginan kurang lebih 5-10 menit. Ini termasuk *stretching*, *range of motion* dan aktivitas aerobik dengan intensitas rendah (<40% VO₂R). Fase *conditioning* berlangsung selama 20–60 menit per sesi. Terdapat berbagai variasi pada kasus dengan risiko tinggi, waktu bisa dimulai dari 5-10 menit untuk kemudian secara bertahap ditingkatkan 1-5 menit per sesi, atau peningkatan sebesar 10-20% setiap minggunya. Peningkatan durasi ini bersifat individual berdasarkan toleransi pasien. Tipe atau jenis latihan yang diberikan harus merujuk pada tujuan program, ketertarikan, kemampuan penderita dan keterbatasan fisik penderita. Porsi latihan aerobik pada setiap sesi harus melibatkan gerakan ritmik, melibatkan aktivitas otot-otot besar yang berdampak pada peningkatan pembakaran kalori untuk memelihara berat badan yang sehat, dan meningkatkan transpor oksigen dalam jumlah besar. Contohnya berjalan cepat, lari, jogging, berenang, sepeda, mendayung.

Hal yang harus diperhatikan pada pasien post PCI/PPCI yaitu :

- 1) 70-85% HR maksimal
- 2) 70-85% HR saat onset iskemia
- 3) Dapat diberikan ISDN sebelum latihan
- 4) 50% HR maksimal pada pasien high-risk (disfungsi sistolik, PJK berat, komorbid dan lansia)
- 5) Dapat dilakukan *resistance training*

2.2.15 Pengendalian faktor risiko

Pengendalian faktor risiko serta target yang harus dicapai dapat mengikuti pedoman sebagai berikut (Perki, 2019) :

1) Berhenti merokok

Pasien pasca penyakit yang didasari proses atherosklerosis, individu yang mempunyai faktor risiko atau yang sehat harus berhenti total merokok baik rokok konvensional maupun elektrik, serta menghindarkan diri dari lingkungan yang penuh asap rokok.

2) Pengendalian hipertensi

Tekanan darah harus terkontrol dengan target sesuai dengan penyakit penyertanya. Pengendalian tekanan darah dapat dilakukan dengan cara non farmakologis seperti pembatasan asupan garam, latihan fisik intensitas sedang yang teratur, dan dengan mencapai berat badan ideal.

3) Pengendalian berat badan berlebih

Berat badan harus dikendalikan hingga mencapai berat badan ideal dengan indeks masa tubuh $< 25 \text{ kg/m}^2$. Pengendalian berat badan dilakukan dengan pengendalian asupan kalori melalui pengaturan diet terarah dan latihan fisik teratur.

4) Pengendalian dislipidemia

Pasien-pasien pasca infark miokard yang sudah diketahui adanya penyakit kardiovaskuler, atau dengan berbagai faktor risiko yang dapat dianggap pasien berisiko tinggi untuk prevensi sekunder dianjurkan terapi statin intensif dengan target penurunan 50% dari kadar LDL

sebelumnya, atau mencapai kadar dibawah 70 mg/dL. Terapi statin dapat dikombinasikan dengan obat lain seperti ezetimibe, bila target belum tercapai. Kadar LDL menjadi target terapi utama dan terapi statin dapat dipadukan dengan pengaturan diet dan latihan fisik teratur. Bila kadar kolesterol LDL telah terkontrol maka selanjutnya mengendalikan kadar trigliserida, bila nilainya abnormal.

5) Pengendalian diabetes mellitus

Diabetes melitus dikendalikan dengan program diet khusus, meningkatkan aktivitas fisik atau latihan fisik teratur, serta obat-obatan. Tatalaksana pengendalian diabetes harus mencapai target yang ditetapkan sesuai pedoman yang ada.

6) Pengendalian hidup *sedentary*/kurang aktivitas fisik

Untuk mengatasi keadaan kurang aktivitas fisik perlu diberikan program edukasi khusus, program rehabilitasi yang mencakup peningkatan motivasi dan pembuatan program latihan fisik yang nyaman, aman dan efektif hingga dapat mencapai target aktivitas fisik sedang dengan frekuensi minimal 5 sesi dalam seminggu, minimal 30 menit setiap sesi.

2.3 Konsep Teori Transisi

Teori ini memberikan panduan agar pelayanan keperawatan efektif sebelum, saat dan setelah transisi. Tujuan teori transisi adalah mendeskripsikan pemicu, mengantisipasi pengalaman, memprediksi luaran dan menyediakan panduan intervensi. Luaran yang diharapkan

adalah penguasaan peran pada klien. Empat jenis situasi yang memicu pengalaman transisi adalah (1) developmental, contoh : transisi menjadi ibu, menopause, menua (2) situasional, contoh : perubahan situasi dalam keluarga seperti menjadi janda, pulang dari rumah sakit, perpindahan menuju panti jompo, imigrasi, tuna wisma (3) health-illness contoh : perawatan diri klien dengan infark miokard akut, pemulihan pasca operasi, infeksi HIV, spinal cord injury, penyakit kronis (4) organizational, contoh : pola kepemimpinan, implementasi model pelayanan keperawatan yang baru, pengenalan teknologi baru, (Schumacher & Meleis, 1994) dalam (Meleis, 2010). Indikator transisi yang sehat meliputi kesejahteraan subyektif, penguasaan peran, dan kesejahteraan hubungan. Koping transisi adalah suatu hal yang dinamis yang berbeda-beda dimana merupakan proses belajar

Konsep utama dari teori *middle-range* transisi mencakup :

1) Jenis dan pola transisi

Jenis transisi meliputi transisi perkembangan (kelahiran, masa remaja, menopause, menua dan kematian), sehat dan sakit (proses pemulihan, pemulangan dari rumah sakit dan diagnose penyakit kronik), situasional dan organisasional (perubahan kondisi lingkungan yang mempengaruhi kehidupan klien dan juga yang bekerja di dalam klien tersebut. Pola transisi meliputi keragaman dan kompleksitas.

2) Sifat pengalaman transisi

Sifat pengalaman transisi terdiri dari kesadaran (didefinisikan sebagai persepsi, pengetahuan dan pengakuan tentang pengalaman transisi dan seringkali tercermin pada derajat kesesuaian antara apa yang sudah diketahui mengenai proses dan respons serta apa yang membentuk seperangkat respons dan persepsi yang diharapkan dari seorang individu yang mengalami transisi yang sama), keterlibatan (mengacu pada derajat dimana seseorang menunjukkan keterlibatan pada proses yang terkandung dalam suatu transisi), perubahan dan perbedaan, rentang waktu dan poin peristiwa penting.

3) Kondisi transisi (fasilitator dan inhibitor)

Kondisi transisi merupakan keadaan yang mempengaruhi cara seseorang bergerak dalam suatu transisi dan keadaan yang memfasilitasi atau menghambat kemajuan untuk menuju transisi yang sehat. Kondisi transisi meliputi faktor pribadi (mencakup makna, kepercayaan, sikap budaya, status sosioekonomi, persiapan dan pengetahuan) komunitas, atau sosial yang dapat mempercepat atau menghalangi proses dan hasil transisi yang sehat.

4) Pola respons (atau indikator proses dan indikator luaran)

Pola respons dikonseptualisasikan sebagai indikator proses dan indikator luaran. Indikator proses mengarahkan klien menuju

sehat atau menuju kerentanan dan risiko membuat perawat perlu melakukan pengkajian dan intervensi awal untuk mempercepat hasil yang sehat. Indikator luaran dapat digunakan untuk mengetahui apakah sebuah transisi sehat atau tidak.

5) Terapeutik keperawatan

Penerapan terapeutik keperawatan dibagi menjadi tiga cara yaitu pengkajian kesiapan sebagai suatu terapeutik keperawatan, persiapan untuk transisi (pendidikan sebagai modalitas yang utama) dan suplementasi peran

Kondisi transisi meliputi :

1) *Meanings*

Merupakan penilaian subyektif atau pengalaman transisi dan evaluasi dari kehidupan. Kesadaran tentang makna transisi merupakan hal yang esensial untuk memahami pengalaman yang merupakan konsekuensi dari kesehatan.

2) *Expectations*

Ekspektasi adalah fenomena subyektif yang lain, mempengaruhi pengalaman transisi. Ekspektasi dipengaruhi oleh pengalaman sebelumnya.

3) *Level of knowledge and skill*

Tingkat pendidikan dan kemampuan adalah kondisi lain yang mempengaruhi hasil dari kesehatan. Orang tua dari bayi prematur, penyakit kronis pada anak dan pemberi

asuhan/keluarga pada klien dewasa yang baru pulang dari rumah sakit membutuhkan informasi tentang transisi dari rumah sakit ke rumah atau dari rawat inap ke rawat jalan

4) *The environment*

Dukungan sosial dari keluarga, kerabat, teman memiliki banyak perhatian. Dukungan perawat dan grup terapeutik juga diidentifikasi sebagai hal yang penting. Kurangnya dukungan atau komunikasi kurang optimal maka klien akan merasa tidak berdaya, bingung frustrasi dan menimbulkan konflik.

5) *Level of planning*

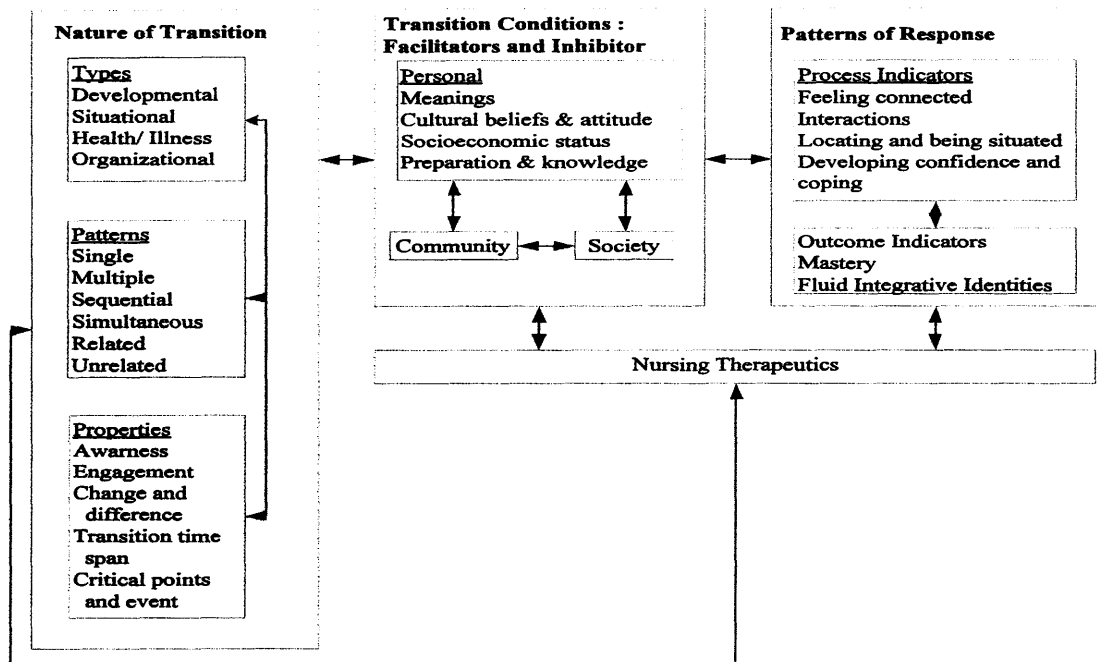
Tingkat perencanaan berlangsung sebelum dan saat transisi. Perencanaan yang efektif meliputi : identifikasi yang komprehensif tentang masalah, isu dan kebutuhan selama transisi

6) *Emotional and physical well-being*

Stres dan emosional terjadi saat transisi seperti ansietas, merasa tidak aman, frustrasi, depresi, ambivalen dan kesepian.

2.3.1 Model transisi dalam *discharge planning*

Discharge planning model transisi digunakan untuk klien dewasa tua yang berisiko tinggi : mengalami penurunan fungsi kognitif, 2 faktor risiko berikut (usia, kemampuan fungsional, komorbiditas). *Discharge planning* terdiri dari pengkajian yang komprehensif, persiapan untuk rencana tindakan berbasis bukti dan berfokus pada asuhan yang komprehensif dan holistik.



Gambar 2.2 Teori Transisi Middle-Range Meleis, A.I (2000) dalam (Alligood, 2010)

2.3.2 Indikator transisi yang sehat

Ada tiga indikator untuk mengidentifikasi transisi yang sehat menurut (Meleis, 2010) yaitu :

1) Perasaan sehat subjektif

Meliputi coping efektif, mengelola emosi, perasaan bermartabat, integritas pribadi, kualitas hidup, kepuasan peran dalam pekerjaan, perkawinan. Pertumbuhan, kebebasan, harga diri, dan pemberdayaan juga terjadi saat proses transisi.

2) Penguasaan peran

Menunjukkan pencapaian keterampilan dari peran kinerja dan kenyamanan dengan perilaku yang dibutuhkan dari situasi baru. Hal ini

meliputi kompeten yang memerlukan pengetahuan atau keterampilan kognitif, pengambilan keputusan, dan keterampilan psikomotorik, dan kepercayaan diri. Penguasaan merupakan indikasi transisi yang sukses ditingkatkan organisasi maupun individu. Dikonteks ini, komponen perawatan yang berkualitas tinggi dan kinerja kerja yang efisien

3) Hubungan yang sejahtera

Kesejahteraan hubungan telah dikonseptualisasikan dalam hal adaptasi keluarga, integrasi keluarga, meningkatkan apresiasi dan kedekatan, interaksi yang berarti. Integrasi dengan jejaring sosial yang lebih luas dan masyarakat juga merupakan indikator transisi yang sehat dan sangat penting dalam mencegah isolasi sosial sebagai akibat dari transisi. Di tingkat organisasi, hasil transisi yang tidak diinginkan termasuk kurangnya kekompakan, peningkatan absensi dan turnover, rumor, kecurigaan, peningkatan pertempuran, penurunan kerjasama, pengunduran diri, dan kegagalan untuk merekrut dan mempertahankan orang baru.

Sifat dari pengalaman transisi terdiri dari lima subkonsep yaitu:

- 1) Kesadaran (*Awareness*) didefinisikan sebagai persepsi, pengetahuan dan pengenalan terhadap pengalaman transisi. Level dari kesadaran sering tercermin dari tingkatan kesesuaian antara apa yang diketahui tentang proses dan respon serta harapan dasar apa yang ditetapkan tentang respon dan persepsi individu yang

mengalami transisi yang sama. Individu yang tidak sadar akan perubahan berarti tidak memulai prosestransisinya.

- 2) Ikatan (*Engagement*), merupakan sifat lainnya yang dicetuskan oleh Meleis, *engagement* adalah tingkatan yang mana melibatkan demonstrasi atau pertunjukkan seseorang yang tidak dapat dipisahkan dari proses transisi. Level pertimbangan *awareness* mempengaruhi level dari *engagement*, tidak akan ada *engagement* tanpa adanya *awareness*.

- 3) Berubah dan Perbedaan (*Changes and difference*)

Changes adalah pengalaman seseorang tentang identitas, peran, hubungan, kebiasaan, dan perilakunya yang kemungkinan membawa keinginan untuk bergerak atau arahan langsung proses internal dan proses eksternal. Meleis, dkk menyatakan semua transisi berhubungan dengan perubahan, walaupun perubahan belum tentu merupakan suatu transisi. Mereka juga menyatakan untuk memahami transisi secara komplit sangat penting untuk menyingkap dan menjelaskan arti dan pengaruh dan cakupan dari perubahan seperti alam, kesementaraan, kekejaman, personal, keluarga, norma sosial dan harapan. *Difference*, Meleis, dkk mempercayai perbedaan kesempatan atau tantangan bisa ditunjukkan oleh karena ketidakpuasan atau harapan yang tidak lazim, perasaan yang tidak sama, atau memandang sesuatu dengan cara yang berbeda, dan Meleis menyampaikan perawat harus

mengenali tingkat kenyamanan dan penguasaan klien dalam mengalami perubahan dan perbedaan.

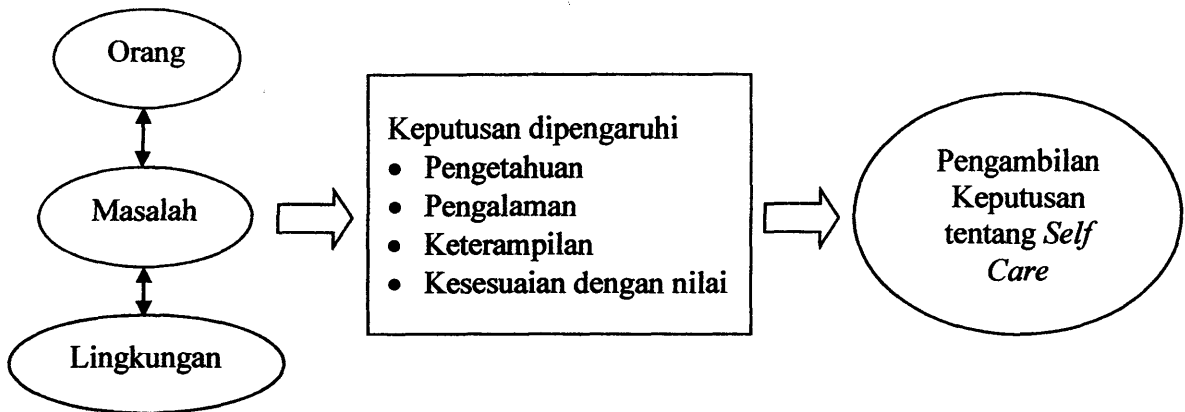
4) Rentang waktu (*Time Span*)

Semua transisi bersifat mengalir dan bergerak setiap saat. Karakter transisi sebagai *time span* dengan identifikasi titik akhir. Berawal dari antisipasi, persepsi atau demonstrasi perubahan, bergerak melalui periode yang tidak stabil, kebingungan, stress berat sampai menuju fase akhir dengan adanya permulaan baru atau periode yang stabil. Meleis, dkk mencatat bahwa akan bermasalah atau tidak layak, dan bahkan mungkin merugikan, untuk membatasi rentang waktu beberapa pengalaman transisi.

5) Titik kritis dan peristiwa (*Critical Point and Event*) didefinisikan sebagai “penanda” yang terdiri dari kelahiran, kematian, berhenti menstruasi atau diagnosis suatu penyakit. Titik dan peristiwa penting biasanya berkaitan dengan peningkatan kesadaran terhadap perubahan atau ketidaksamaan atau untuk menjadi lebih terlibat dalam proses transisi.

2.3.3 Perawatan diri dan manajemen perawatan diri

Konsep kunci dalam model konseptual adalah pemeliharaan perawatan diri dan manajemen perawatan diri yang terdiri dari perilaku pemantauan gejala, kepatuhan pengobatan, dan pengambilan keputusan terhadap perubahan tanda dan gejala, monitor dan interpretasi gejala, mengatur prioritas.



Gambar 2.3 Model pengambilan keputusan dari perawatan diri gagal jantung (Meleis, 2010)

Gambar diatas menunjukkan bahwa pengenalan gejala adalah kunci kesuksesan manajemen perawatan diri. Perawatan diri dipengaruhi oleh pengetahuan, pengalaman, keterampilan dan kesesuaian dengan nilai. Kepercayaan akan perawatan diri memediasi dan / atau memoderasi pengaruh perawatan diri

2.4 *Health Education* (Pendidikan Kesehatan)

2.4.1 Definisi *health education* (pendidikan kesehatan)

Menurut WHO (2017) pendidikan kesehatan adalah kombinasi antara pengalaman belajar yang dirancang untuk membantu individu dan masyarakat memperbaiki kesehatan mereka, dengan meningkatkan pengetahuan mereka atau mempengaruhi sikap mereka.

Pendidikan kesehatan adalah upaya untuk mempengaruhi, dan atau mengajak orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat agar melaksanakan perilaku hidup sehat (Notoatmojo, 2010). Pada

kesimpulannya pendidikan kesehatan merupakan proses perubahan perilaku secara terencana pada diri individu, kelompok, atau masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam pencapaian tujuan hidup sehat. Pendidikan kesehatan merupakan upaya untuk membantu klien baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan melalui kegiatan pembelajaran. Hasil yang diharapkan dari suatu promosi atau pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif oleh sasaran dari promosi kesehatan (Notoatmojo, 2010).

2.4.2 Tujuan pendidikan kesehatan

Edukasi difokuskan pada pengetahuan dan keterampilan spesifik yang dibutuhkan pasien dalam rangka memberdayakan pasien dalam proses asuhan dengan memahami diagnosis dan perkembangan kondisi kesehatannya, ikut terlibat dalam pembuatan keputusan dan berpartisipasi dalam asuhannya, serta dapat melanjutkan asuhan di rumah (KARS, 2019).

2.4.3 Proses pendidikan kesehatan

Prinsip utama proses pendidikan kesehatan prinsip adalah proses belajar individu, kelompok, keluarga dan masyarakat. Apabila proses pendidikan dilihat sebagai sebuah sistem, proses belajar dalam kegiatannya menyangkut aspek berikut (Notoatmojo, 2007) :

1) Masukan dalam proses pendidikan kesehatan

Masukan dalam proses pendidikan kesehatan adalah individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat akan menjadi sasaran didik.

Dalam kegiatan belajar, sasaran didik subjek belajar dengan perilaku belum sehat. Subjek belajar yang mempengaruhi proses pendidikan kesehatan adalah kesiapan fisik dan psikologis (motivasi dan minat), latar belakang pendidikan, dan sosial budaya.

2) Proses dalam pendidikan kesehatan

Proses dalam pendidikan kesehatan merupakan mekanisme dan interaksi yang memungkinkan terjadinya perubahan perilaku subjek belajar. Dalam proses tersebut diperlukan interaksi antara subjek belajar sebagai pusatnya dan pengajar (petugas kesehatan), metode pengajaran, alat bantu belajar dan materi pelajaran. Proses pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh materi atau bahan pendidikan kesehatan, lingkungan belajar, perangkat pendidikan baik perangkat lunak maupun perangkat keras, dan subjek belajar, yaitu individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat serta tenaga kesehatan atau perawat.

3) Keluaran dalam pendidikan kesehatan

Keluaran dalam pendidikan kesehatan adalah kemampuan sebagai hasil perubahan perilaku yaitu perilaku sehat dari sasaran didik.

2.5 Konsep Sistem Android

2.5.1 Pengertian sistem android

Android adalah sebuah kumpulan perangkat lunak untuk perangkat *mobile* yang mencakup sistem operasi, *middleware* dan aplikasi utama *mobile* (R Miere, 2012). Android merupakan sistem operasi pada gadget dan

handphone yang kemampuannya hampir sama dengan pc, dapat mengolah data dan dapat menggunakan internet serta berkomunikasi menggunakan jaringan cellular seperti handphone pada umumnya.

2.5.2 Fitur sistem operasi android

Sistem operasi Android memiliki fitur-fitur sebagai berikut:

1) Kerangka kerja aplikasi (*application framework*)

Digunakan untuk menulis aplikasi di Android sehingga memungkinkan penggunaan kembali dan penggantian komponen. Kerangka kerja ini didukung oleh berbagai *open source libraries* seperti *openssl*, *sqlite*, dan *libc* serta didukung oleh *libraries* utama Android. Kerangka kerja sistem operasi Android didasarkan pada UNIX *file system permission* yang menjamin bahwa aplikasi-aplikasi tersebut hanya memiliki kemampuan yang diberikan oleh pemilik ponsel pada waktu penginstalan (Nimodia and Deshmukh, 2012).

2) *Dalvik Virtual Machine* (DVM)

Dalvik Virtual Machine (DVM) adalah sebuah mesin virtual yang menggunakan memori yang sangat rendah dan secara khusus dirancang untuk Android untuk dijalankan pada *embedded system*. DVM bekerja dengan baik pada situasi dengan tenaga yang rendah dan mengoptimalkan perangkat *mobile*. DVM juga mengatur atribut dari *Central Processing Unit* (CPU) serta membuat sebuah format *file* yang spesial (.DEX) yang dibuat selama *build time post processing*. DVM mengambil *file* yang dihasilkan oleh *class* Java dan menggabungkannya

ke dalam satu atau lebih *Dalvik Executable* (.dex). DVM dapat menggunakan kembali salinan informasi dari beberapa *class file* dan secara efektif mengurangi kebutuhan penyimpanan oleh setengah dari *Java Archive* (.jar)file tradisional. Konversi antara kelas Java dan format (.dex) dilakukan dengan memasukkan “dx tool” (Champion, 2014).

DVM menggunakan *assembly-code* yang berbeda dimana DVM menggunakan *register* sebagai unit utama dari penyimpanan data daripada menggunakan *stack*. Hasil akhir dari *executable-code* pada Android, merupakan hasil dari DVM yang didasarkan bukan pada Java *byte-code* melainkan pada file (.dex). Hal ini berarti bahwa Java *byte-code* tidak dieksekusi secara langsung melainkan dimulai dari Java *classfile* terlebih dahulu dan kemudian mengkonversikannya ke dalam *file* (.dex) yang berhubungan (Reto Miere, 2012).

2.5.3 Arsitektur sistem operasi android

Sistem Operasi Android memiliki komponen utama sebagai berikut:

1) Aplikasi

Android berisi sekumpulan aplikasi utama seperti *:email client*, program *Short Message Service* (SMS), kalender, peta, browser, daftar kontak, dan lain-lain. Semua aplikasi ditulis dengan menggunakan bahasa pemrograman Java.

2) Kerangka kerja aplikasi

Kerangka kerja aplikasi yang ditulis dengan menggunakan bahasa pemrograman Java merupakan peralatan yang digunakan oleh semua aplikasi, baik aplikasi bawaan dari ponsel seperti daftar kontak, dan kotak SMS, maupun aplikasi yang ditulis oleh Google ataupun pengembang Android. Android menawarkan para pengembang kemampuan untuk membangun aplikasi yang inovatif. Pengembang bebas untuk mengambil keuntungan dari perangkat keras, akses lokasi informasi, menjalankan *background services*, mengatur alarm, menambahkan peringatan ke status bar, dan masih banyak lagi. Pengembang memiliki akses yang penuh ke dalam kerangka kerja API yang sama yang digunakan oleh aplikasi utama. Pada dasarnya, kerangka kerja aplikasi memiliki beberapa komponen sebagai berikut:

(1) *Activity Manager*

Mengatur siklus dari aplikasi dan menyediakan navigasi *backstack* untuk aplikasi yang berjalan pada proses yang berbeda.

(2) *Package Manager*

Untuk melacak aplikasi yang di-*instal* pada perangkat.

(3) *Windows Manager*

Merupakan abstraksi dari bahasa pemrograman Java pada bagian atas dari level *services* (pada level yang lebih rendah) yang disediakan oleh *Surface Manager*.

(4) *Telephony Manager*

Berisi sekumpulan API yang diperlukan untuk memanggil aplikasi.

(5) *Content Providers*

Digunakan untuk memungkinkan aplikasi mengakses data dari aplikasi lain (seperti *contacts*) atau untuk membagikan data mereka sendiri.

(6) *Resource Manager*

Digunakan untuk mengakses sumber daya yang bersifat bukan *code* seperti *string* lokal, *bitmap*, deskripsi dari *layout file* dan bagian eksternal lain dari aplikasi.

(7) *View System*

Digunakan untuk mengambil sekumpulan *button*, *list*, *grid*, dan *text box* yang digunakan di dalam antarmuka pengguna.

(8) *Notification Manager*

Digunakan untuk mengatur tampilan peringatan dan fungsi-fungsi lain.

3) *Libraries*

Android memiliki sekumpulan *library C/C++* yang digunakan oleh berbagai komponen dalam sistem Android. Kemampuan-kemampuan ini dilihat oleh para pengembang melalui kerangka kerja aplikasi.

4) *Android Runtime*

Merupakan lokasi dimana komponen utama dari DVM ditempatkan. DVM dirancang secara khusus untuk Android pada saat dijalankan pada

lingkungan yang terbatas, dimana baterai yang terbatas, CPU, memori, dan penyimpanan data menjadi fokus utama. Android memiliki sebuah *tool* yang terintegrasi yaitu “dx” yang mengkonversi *generated byte code* dari (.JAR) ke dalam file (.DEX) sehingga *byte code* menjadi lebih efisien untuk dijalankan pada prosesor yang kecil. Hal ini memungkinkan untuk memiliki beberapa jenis dari DVM berjalan pada suatu peralatan tunggal pada waktu yang sama. Core libraries ditulis dalam bahasa Java dan berisi kumpulan class, I/O dan peralatan lain (Smith and Friesen, 2011).

2.6 Mutu Perangkat Lunak

Berikut ini adalah penjelasan mutu perangkat lunak menurut (Haseman and Grant, 2014). Kualitas merupakan kata yang meragukan dan dibutuhkan untuk definisi yang secara hati-hati untuk dimaknai. Untuk sistem perangkat lunak apapun, seharusnya ada tiga spesifikasi yaitu :

1) Spesifikasi fungsional

Spesifikasi ini menggambarkan apa yang dikerjakan sistem, hal ini merupakan fokus utama metodologi seperti *Unfied Software Development Process*.

2) Spesifikasi kualitas (atau atribut)

Spesifikasi ini memfokuskan pada bagaimana fungsi beroperasi.

3) Spesifikasi sumber daya

Spesifikasi ini berfokus pada seberapa banyak yang harus dihabiskan oleh sistem.

Setelah beberapa tahun, beberapa daftar karakteristik kualitas perangkat lunak ditampilkan, seperti James McCall dan Barry Boehm. Mengetahui kesulitan pada definisi kualitas perangkat lunak yang baik dengan cara misalnya menjadikan kesenangan kepada kesalahan perangkat lunak yang dapat ditolerir dan diperbaiki. Untuk beberapa ketahanan (*robustness*) yang berarti toleransi kesalahan input pada perangkat lunak, dengan kemampuan untuk merubah kode program tanpa menampilkan kesalahan. Standart ISO 9126 pertama kali dikenalkan pada tahun 1991 melalui pertanyaan tentang definisi kualitas perangkat lunak (Murphy, 2015).

Dokumen standart ISO 9126 sangat panjang hal ini dikarenakan orang memiliki motivasi berbeda yang memungkinkan untuk tertarik pada kualitas perangkat lunak :

- 1) *Acquirer* adalah orang yang memperoleh perangkat lunak dari *supplier* eksternal.
- 2) *Developer* adalah orang yang membangun perangkat lunak.
- 3) *Evaluator independent* adalah orang yang menetapkan kualitas produk perangkat lunak tidak untuk dirinya sendiri tetapi untuk komunitas *user* misalnya melalui jenis *tool* tertentu dari sebuah perangkat lunak sebagai bagian dari aktifitas profesional.

Kualitas untuk membuat *software* dapat dinilai melalui ukuran-ukuran dan metode-metode tertentu, serta melalui perpanjangan-perpanjangan *software*. Salah satu tolak ukur kualitas perangkat lunak adalah ISO 9126 yang dibuat oleh *International Organization for Standardization* (ISO) dan *international Electrotechnical Commission* (IEC). ISO 9126 mendefinisikan kualitas produk perangkat lunak, model, karakteristik mutu dan metrik terkait digunakan untuk mengevaluasi dan menetapkan kualitas sebuah produk *software*.

Perbedaan antara atribut kualitas internal dan ekstrnal telah dicatat, ISO 9126 juga memperkenalkan tipe kualitas – *quailiti in use* – dimana mengikuti elemen yang telah diketahui, yaitu :

- 1) *Effectiveness* merupakan kemampuan untuk mencapai tujuan *user* melalui akurasi dan kelengkapan.
- 2) *Productivity* merupakan upaya menghindari kelebihan penggunaan sumber daya seperti biaya staff dan mencapai tujuan *user*.
- 3) *Safety* merupakan upaya menghindari kejahatan level risiko untuk orang dan entitas lain seperti *business*, perangkat lunak, *property*, dan lingkungan.
- 4) *Satisfaction* merupakan kepuasan *user* dalam menggunakan perangkat lunak.

Dalam ISO 9126 menetapkan 6 karakteristik kualitas yaitu :

- 1) *Functionality* (Fungsionalitas)

Kemampuan menutupi fungsi produk perangkat lunak yang menyediakan kepuasan kebutuhan *user*.

2) *Realibility* (Kehandalan)

Kemampuan perangkat lunak untuk perawatan dengan level performasi.

3) *Usability* (Kebergunaan)

Kemampuan yang berhubungan dengan penggunaan perangkat lunak.

4) *Efficiency* (Efisiensi)

Kemampuan yang berhubungan dengan sumber daya fisik yang digunakan ketika perangkat lunak dijalankan.

5) *Maintainablity* (Pemeliharaan)

Kemampuan yang dibutuhkan untuk membuat perubahan perangkat lunak.

6) *Portability* (Portabilitas)

Kemampuan yang berhubungan dengan kemampuan perangkat lunak yang dikirim ke lingkungan berbeda.

2.7 Keaslian Penelitian

Tabel 2.2 Penelitian Pendukung yang Berhubungan dengan *Discharge Planning*

No	Judul, Penulis, Tahun	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	<i>The Quality of Discharge Care Planning in Acute Stroke Care : Influencing Factors and Association with Postdischarge Outcomes</i> (Andrew <i>et al.</i> , 2017)	D : Cross-sectional S: 200 klien stroke V: comprehensive discharge planning, kualitas discharge planning I : PREPARED, Stroke specific discharge process questions, LUNS (Longer-term Unmet Needs after Stroke), EQ-5D-3L (3 Level European Quality of Life-5 Dimensions), VAS A : Chi-square, Mann-Whitney U tests, multilevel logistic regression, multivariable quantile regression, negative binomial regression, thematic analysis	1. Optimal discharge planning bagi klien dari perawatan akut adalah penting dalam penyediaan pelayanan jangka panjang pasca stroke. Penting untuk memperhatikan pemantauan kualitas discharge planning, dan mengidentifikasi strategi sederhana yang dapat diimplementasikan di rumah sakit untuk meningkatkan perencanaan pemulangan. 2. Aspek dari discharge planning berpengaruh

			terhadap kualitas discharge planning
2	<i>Developing an instrument to self-evaluate the discharge planning of ward nurses</i> (Sakai et al., 2016)	D : Cross-sectional S : 624 perawat bangsal V : instrumen discharge planning, pelaksanaan discharge planning I : DPWN (Discharge Planning Ward Nurses) scale, Japanese instrument for ward nurses A : pertama skewness, good-poor analysis, item-total, internal correlation Uji validitas dan reliabilitas menggunakan : construct and concurrent validity, internal consistency and test-retest reliability Untuk praktek discharge planning menggunakan confirmatory factor analysis, GFI (goodness of fit index), CFI (comparative fit index), NFI (normed fit index) dan RMSEA (root mean square error of approximation) Analisis statistic menggunakan SPSS 18.0 dan AMOS versi 20	1. DPWN terdiri dari 24 item dan 4 faktor adalah untuk mengevaluasi praktek pelaksanaan discharge planning rawat inap 2. DPWN mempunyai beberapa tujuan yaitu sebagai alat evaluasi diri perawat untuk meningkatkan kompetensi perencanaan pulang dan sebagai alat evaluasi untuk mengkaji kepuasan klien dan keluarga dalam hal discharge planning 3. DPWN membantu perawat mengetahui pentingnya pengetahuan tentang pelayanan perawatan komunitas
3	<i>Social resource assessment: Application of a novel communication tool during hospital discharge</i> (Wallace, Pierce, Davisson, Manges, & Tripp-Reimer, 2018)	D : A convergent Mixed methods design S : 70 klien medical bedah V : kesiapan pulang, kesulitan koping I : CEGRM (colored eco-genetic relationship map), tanda vital terbaru, RHDS, PDCDS A : SPSS 22.0	1. CEGRM dan modifikasinya menyediakan model komunikasi yang sederhana, singkat dan sangat berguna untuk membina kesehatan klien pasca krs dari RS 2. D-CEGRM (diabetes colored eco-genetic relationship map) dapat digunakan untuk mengkaji kebutuhan pulang dan petunjuk untuk melaksanakan proses transisi
4	<i>A model for hospital discharge preparation: From case management to care transition</i> (Weiss et al., 2015)	D :- S :- V :- I :- A :-	1. Kesuksesan pelaksanaan DP dipengaruhi komunikasi, koordinasi, kolaborasi pihak terkait serta peran dan fungsi 2. Penekanan praktik pemulangan terbaik adalah fungsi koordinasi Kesuksesan pelaksanaan DP dipengaruhi komunikasi, koordinasi, kolaborasi pihak terkait serta peran dan fungsi 3. Penggunaan instrument

			yang terstruktur dan mengevaluasi proses persiapan pulang dapat menghasilkan discharge planning yang lebih standar
5	<i>Post-hospitalization experiences of older adults diagnosed with diabetes: "It was daunting!"</i> (La Manna, Bushy and Gammonley, 2018)	D : A simultaneous quantitative-qualitative mixed-method design S : 96 klien DM V : perbandingan frekuensi respon mayor dan minor setelah krs I : PDCS A : inductive content analysis techniques, verbatim	1. tantangan yang dihadapi oleh orang dewasa tua adalah mobilisasi, penyediaan ADL, dan keterlibatan sumber daya dukungan pasca-krs yang memadai 2. Responden juga mengalami defisiensi dalam kesiapan pengasuh untuk pasca-pembedahan, manajemen pengobatan di rumah, pemahaman tentang kondisi, proses krs, manajemen luka, penggunaan peralatan medis, dan keamanan pada saat pulang.
6	<i>Validation of the Registered Nurse Assessment of Readiness for Hospital Discharge Scale</i> (Bobay et al., 2018)	D : psychometric S : 316 V : kesiapan pulang klien I : RN-RHDS A : t test, CFA	1. Hasil studi ini menyoroti kemampuan perawat untuk mengantisipasi klien yang berisiko tinggi re-mrs atau kunjungan ke IGD yang mungkin membutuhkan tambahanintervensi perawatan untuk mencegah re-mrs. 2. skor kesiapan rendah dikaitkan angka kejadian re-mrs postdischarge lebih tinggi (3-9 kali)
7	<i>Using a Decision Support Algorithm for Referrals to Post-Acute Care</i> (Bowles et al., 2018)	D : Quasi-experimental pre/post test design S : 3302 (kontrol), 5006 (perlakuan) V : DIRECT (discharge referral expert system for care transition) I : proporsi rujukan ke homecare, IPR, HHC, hospice atau SNF A : x2, Kruskal-Wallis	1. Penerapan DIRECT CDS dikaitkan dengan pengurangan pada readmisi di semua periode waktu intervensi 2. Algoritma kami memberikan saran tentang siapa yang akan dirujuk, tingkat perawatan, dan menunjukkan kepada case manager karakteristik klien yang penting seperti risiko jatuh, kebutuhan pengasuh yang tidak terpenuhi, atau penurunan dalam fungsi ADL 3. CDSdapat mengklasifikasikan klien yang membutuhkanperhatian tinggi dan merekomendasikan tingkat

			perawatan, dengan demikian memungkinkan lebih banyak waktu untuk konseling penting yang melibatkanklien dan pengasuh dalam pengambilan keputusan bersama..
			4. DIRECT CDS membantu tenaga kesehatan dalam mengidentifikasi apakah klienmembutuhkan PAC dan menyarankan tingkat perawatan tertentu. CDS disarankan diberikan di awal rawat inap, sehinggamemudahkan tenaga kesehatanuntuk mengatur layanan, dan mungkin memperpendekLOS.
8	<i>How Hospitals Reengineer Their Discharge Processes to Reduce Readmissions</i> (Mitchell et al., 2015)	D : kualitatif S : 10 hospital V : RED toolkit, readmisi I : RED toolkit A :-	1. Implementasi RED meningkatkan “caring” klien, memungkinkan px mengatur dengan baik kondisi kesehatannya, penting untuk kepuasan kerja, dan meningkatkan keterlibatan staf 2. Implementasi RED menurunkan readmisi untuk kasus : CHF, PNA dan AMI
9	<i>Early education and counselling of patients with acute coronary syndrome. A pilot study for a randomized controlled trial</i> (Weibel et al., 2014)	D : A pilot randomized controlled trial S : 40 klien SKA V : edukasi awal, self efficacy, kehadiran dalam program rehabilitasi, kepuasan klien I : CPLNI (Caidiac patient learning needs inventory), Cardiac self-efficacy scale, HADS-D (HADS German version) A : independent t-test, Mann-Whitney U test, chi square test, ANCOVA menggunakan SPSS 19.0	Edukasi awal bermanfaat bagi klien SKA ditandai dengan meningkatnya kepercayaan diri, kehadiran yang lebih tinggi pada program rehabilitasi, kepuasan
10	<i>Evaluating the Implementation of Re-Engineered Discharge (RED) in Five Veterans Health Administration (VHA) Hospitals</i> (Sullivan et al., 2018)	D : A qualitative evaluation S : 5 VHA (veterans health administration V : RED (Re-Engineered Discharge) toolkit, Kepatuhan pelaksanaan RED toolkit I : RED toolkit A :-	1. Mayoritas penerapan RED toolkit memberikan pengaruh positif 2. Adaptasi dan re-desain proses discharge dapat dilakukan namun membutuhkan dukungan dan sumber daya tambahan
11	<i>Improving discharge</i>	D : Case study using a mix-method,	Perencanaan pulang lebih

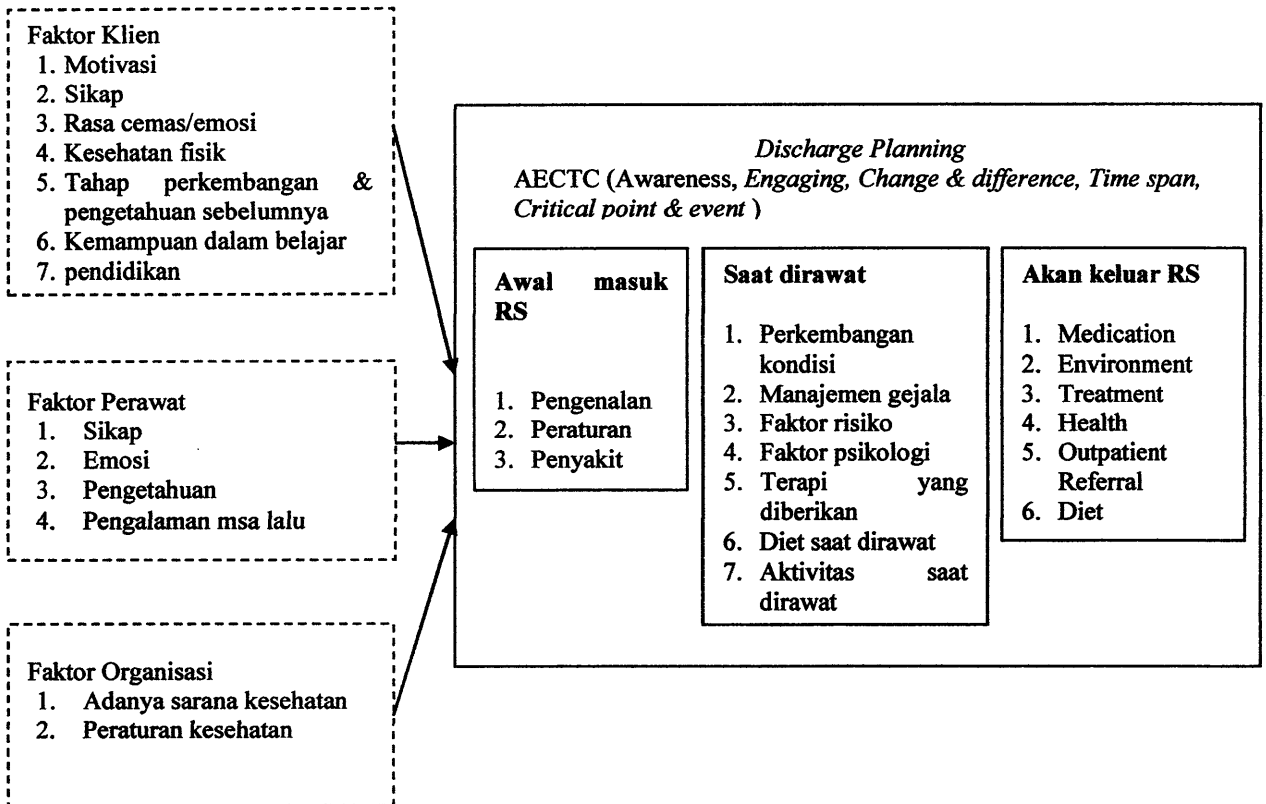
	<i>care : the potential of a new organisational intervention to improve discharge after hospitalisation for acute stroke , a controlled before – after pilot study</i> (Cadilhac <i>et al.</i> , 2017)	controlled before-after observational study design S :15 RS V : kepatuhan RS untuk melaksanakan proses discharge planning, hasil gabungan, studi banding, I : data klien di AuSCR, gap score A :regresi logistik, multilevel analysis, secondary analysis, sensitivity analysis, descriptive analysis dengan X2 test	efektif ditingkatkan dan dipertahankan melalui intervensi bertahap, berbasis bukti, beragam, efektif dan berkelanjutan
12	<i>Implementation of Discharge Planning in Hospital Inpatient Room by Nurses</i> (Asmuji, Faridah and Handayani, 2018)	D : kualitatif (fenomenologi) S : 6 klien dan 6 perawat di ruang perawatan kelas 1, 2 dan 3 V : dimensi informasi, dimensi pengetahuan, dimensi pelaksanaan discharge planning I : wawancara terstruktur, wawancara mendalam A : -	Informasi lengkap yang diberikan kepada klien akan menghasilkan dampak positif, sehingga klien dapat membantu diri sendiri dalam proses penyembuhan di rumah. Kurang jelasnya informasi yang diterima akan membawa dampak negatif seperti kesalahan saat mengonsumsi obat, pola makan yang buruk, aktivitas yang tidak sesuai saat di rumah
13	<i>Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children</i> (Weiss, 2017)	D : longitudinal pilot study S : 194 orang tua yang anaknya dirawat di Midwest pediatric hospital V : kualitas edukasi, readmisi I : QDTC (quality of discharge teaching scale, RHDS (readiness for hospital discharge scale), PDCDS (post discharge coping difficulty scale), A : uji regresi	Ada hubungan sebab akibat yang saling terkait antara kualitas edukasi dengan kesiapan pulang orang tua yang berhubungan dengan kesulitan coping orang tua dan readmisi pada anak.
14	<i>A transition care coordinator model reduces hospital readmissions and costs</i> (Chen <i>et al.</i> , 2019)	D : quasi-experimental S : 7038klien di rs dengan diagnosa pneumonia, CHF (congestive heart failure)dan COPD (chronic obstructive pulmonary disease) V : karakteristik sosiodemografi, komorbiditas, readmisi dan faktor administrasi I : - A : Generalized Estimating Equation (GEE)	Berdasarkan evidence-based multi-component intervention yang diberikan oleh perawat TCCs mengurangi readmisi hari ke 30 dan hari ke 90 dan berhubungan erat dengan biaya. Intervensi dengan intensitas yang lebih rendah yaitu menghubungi klien via telepon setelah kepulangan mempunyai efektivitas yang hampir sama dengan saat di RS
15	<i>ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards</i>	D : consensus document S : - V : kekurangan dalam manajemen RS, langkah-langkah discharge planning I : LACE index score, BRASS	Prinsip-prinsip utama untuk discharge planning adalah: 1. bukan peristiwa yang terisolasi, tetapi proses yang harus direncanakan segera setelahklien masuk, memastikan

(Mennuni <i>et al.</i> , 2017)	(Blaylock Risk Assessment Screening Score), A : -	<p>bahwa klien dan pengasuh mengerti dan berkontribusi pada keputusan yang direncanakan, dan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. difasilitasi oleh pendekatan sistemik komprehensif yang dimulai dengan proses evaluasi tradisional; 3. diatur oleh orang yang bertanggung jawab dan berkoordinasi dengan semua pihak yang merawat 4. merupakan hasil dari pendekatan tim multidisiplin yang terintegrasi dan terorganisir serta kontinu 5. menggunakan layanan perawatan transisi secara tepat; 6. memprogram informasi untuk setelah pemulangan
--------------------------------	--	--

BAB 3

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI di RS Universitas Airlangga

Gambar 3.1 menjelaskan tentang kerangka konseptual pengembangan instrumen *discharge planning* di RS Universitas Airlangga. Untuk mewujudkan suatu perilaku kesehatan, diperlukan pengelolaan manajemen program melalui pengkajian, perencanaan, intervensi sampai penilaian dan

evaluasi. Keberhasilan *discharge planning* dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor klien, faktor perawat dan faktor organisasi. Faktor klien meliputi motivasi, sikap, rasa cemas/emosi, kesehatan fisik, tahap perkembangan dan pengetahuan sebelumnya, kemampuan dalam belajar dan pendidikan. Faktor perawat meliputi sikap, emosi, pengetahuan dan pengalaman masa lalu serta faktor organisasi meliputi adanya sarana kesehatan dan peraturan kesehatan. Perencanaan pemulangan klien yang didalamnya terdapat komponen pendidikan kesehatan merupakan salah satu jenis transisi dimana dibutuhkan pengkajian kesiapan, pendidikan dan suplementasi peran sebagai komponen dari terapeutik keperawatan. *Discharge planning* dimulai sesaat setelah klien masuk rumah sakit, dilanjutkan dengan edukasi saat klien dirawat dan kemudian edukasi saat akan keluar rumah sakit dengan panduan "METHOD". Dalam teori transisi ada enam kondisi yaitu (1) *meanings*, (2) *expectations*, (3) *level of knowledge and skill*, (4) *the environment*, (5) *level of planning* dan (6) *emotional and physical well-being*. Kesiapan pulang merupakan indikator luaran yang meliputi rasa percaya diri, kemampuan coping, personal status dan dukungan yang dibutuhkan.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain dalam penelitian ini adalah *Research and Development (R&D)* dengan pendekatan deskriptif. Metode penelitian dan pengembangan adalah metode penelitian yang digunakan untuk menghasilkan produk tertentu, dan menguji keefektifan produk tersebut (Sugiyono, 2017).

4.2 Tahapan Penelitian

Penelitian pada tahap ini bertujuan mendapatkan data mengenai :

- 1) Evaluasi instrumen *discharge planning* yang dilaksanakan di RS Universitas Airlangga meliputi : konten dari pendidikan kesehatan dalam *discharge planning*, bagaimana metode pemberian pendidikan kesehatan dalam *discharge planning*, waktu (durasi, intensitas dan kapan pelaksanaan) pemberian pendidikan kesehatan, sarana pemberian pendidikan kesehatan dan siapa yang memberikan pendidikan kesehatan untuk rencana pemulangan klien. Hal ini dilakukan dengan cara membandingkan dengan standar/regulasi dan teori, observasi rekam medis (enam bulan yang lalu), observasi langsung pelaksanaan *discharge planning* dan wawancara dengan perawat. Pada klien juga dilakukan evaluasi pengetahuan tentang STEMI dengan memberikan kuesioner pengetahuan

- 2) Proses penyusunan pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi melalui FGD dan diskusi pakar.
- 3) Uji validitas dan reliabilitas instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi dengan menggunakan uji korelasi *product moment* dan uji reliabilitas *alpha cronbach's*

4.3 Populasi

Populasi merupakan kumpulan responden yang memenuhi syarat yang telah ditetapkan peneliti (Nursalam, 2017). Populasi pada penelitian ini meliputi :

- 1) Populasi proses evaluasi pelaksanaan *discharge planning* adalah dokumen rekam medis berupa lembar perencanaan pemulangan klien, formulir edukasi pasien dan keluarga terintegrasi serta lembar instruksi klien pulang pada klien STEMI yang telah dirawat di rawat inap mulai bulan Juni sampai Desember 2019 sebanyak 168 rekam medis klien.
- 2) Evaluasi instrumen *discharge planning* meliputi lembar penerimaan pasien baru, formulir edukasi pasien dan keluarga terintegrasi, lembar instruksi pasien pulang yang digunakan di RS Universitas Airlangga
- 3) Perwakilan perawat rawat inap medik (10 perawat), apoteker, gizi dengan masa kerja ≥ 3 tahun
- 4) Klien dengan STEMI post PCI/PPCI sebanyak 16 orang

- 5) Populasi partisipan pada kegiatan FGD kelompok 1 adalah Perwakilan Perawat Ruang Rawat Inap, partisipan FGD kelompok 2 adalah Kasi Pelayanan Keperawatan, Kasi Monitoring dan Evaluasi, PJ Unit Irna Medik, Ketua Komite Keperawatan, Sekretaris Komite Keperawatan, Sub komite mutu keperawatan, Manajer Pelayanan Pasien (MPP).
- 6) Populasi partisipan pada kegiatan diskusi pakar adalah pakar dibidang *discharge planning* dan penyakit STEMI.

4.4 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang merupakan responden penelitian yang diperoleh dengan metode sampling (Nursalam, 2017). Sampel dalam penelitian ini adalah :

- 1) Rekam medis klien dengan STEMI yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut :

Kriteria inklusi:

- (1) Klien/rekam medis klien dengan STEMI, tidak mengalami penurunan kondisi yang di rawat inap RS Universitas Airlangga
- (2) Klien/rekam medis klien STEMI dewasa (berusia \geq 18 tahun)
- (3) Menjalani perawatan di rawat inap minimal tiga hari
- (4) Klien/rekam medis klien pulang dengan melanjutkan perawatan di rawat jalan (bukan APS, rujuk)
- (5) Klien/rekam medis klien yang tidak mengalami masalah administratif

Kriteria eksklusi:

- (1) Klien STEMI dengan perburukan kondisi
- (2) Klien meninggal
- 2) Evaluasi instrumen *discharge planning* meliputi lembar penerimaan pasien baru, formulir edukasi pasien dan keluarga terintegrasi, lembar instruksi pasien pulang yang digunakan di RS Universitas Airlangga
- 3) Perwakilan perawat rawat inap medik (10 perawat), apoteker, gizi dengan masa kerja ≥ 3 tahun
- 4) Klien dengan STEMI post PCI/PPCI sebanyak 16 pasien
- 5) Partisipan FGD kelompok 1 berjumlah 10 perawat irna medik, sedangkan partisipan FGD kelompok 2 berjumlah 13 orang yaitu Kasi Pelayanan Keperawatan, Kasi Monitoring dan Evaluasi, PJ Unit Irna lantai 2, 3, 4, 7 dan rski, Ketua Komite Keperawatan, Sekretaris Komite Keperawatan, Ketua Sub Komite Mutu Keperawatan dan 3 orang Manajer Pelayanan Pasien (MPP).
- 6) Partisipan diskusi pakar yaitu pakar dibidang *discharge planning* klien STEMI (Kardiologist dan Perawat)

4.5 Sampling

Kriteria sampling dipilih dengan teknik *non-probability* jenis *purposive sampling* yang merupakan teknik penetapan sampel dengan cara 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, 2017)

Penentuan besar sampel yang digunakan pada penelitian ini menggunakan rumus sebagai berikut : (N=168)

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N.z^2.p.q}{d^2(N-1) + z^2.p.q} \\
 &= \frac{168.(1,96)^2.0,5.0,5}{(0,05)^2(168-1) + (1,96)^2.0,5.0,5} \\
 &= \frac{168.0,9604}{0,4175 + 0,9604} \\
 &= \frac{161,3477}{1,3779} \\
 &= 117,09 \text{ (118 rekam medis)}
 \end{aligned}$$

Berdasarkan rumus tersebut, maka jumlah sampel rekam medis yang dilibatkan dalam penelitian ini sejumlah 118 rekam medis.

Validasi juga dilakukan pada pasien dan tenaga medis. Validasi kepada pasien bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan *discharge planning* dan mengetahui tingkat pengetahuan klien, sedangkan validasi kepada tenaga medis bertujuan selain mengevaluasi pelaksanaan juga untuk mengetahui hambatan pelaksanaan *discharge planning*.

4.6 Variabel penelitian dan definisi operasional

4.6.1 Variabel penelitian

Variabel independen dalam penelitian ini adalah penyusunan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi.

4.6.2 Definisi operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi dan Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
1. Evaluasi instrumen <i>discharge planning</i>	Penilaian perencanaan pulang (edukasi) yang sudah ada meliputi saat awal mrs, saat dirawat dan akan krs yang dilakukan oleh peneliti berdasarkan standar dari KARS dan teori transisi melalui hasil observasi yang terdiri dari : 1. Judul : judul instrumen sesuai dengan fungsi dan waktu pelaksanaan <i>discharge planning</i> 2. Isi : isi sesuai dengan kebutuhan pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan sebelum krs 3. Pengesahan : sesuai dengan siapa yang melakukan 4. Waktu : meliputi pelaksanaan, durasi dan frekuensi	Lembar evaluasi instrumen <i>discharge planning</i>	Nominal	-
2. Evaluasi kelengkapan pengisian form <i>discharge planning</i>	Penilaian kelengkapan pengisian form <i>discharge planning</i> mulai pasien mrs sampai pasien akan krs	Lembar evaluasi kelengkapan rekam medis <i>discharge planning</i>	Ordinal	Diisi = 1 Tidak diisi = 0 ≤ 19% Kurang 20-79% Cukup ≥ 80% Baik
3. Evaluasi pelaksanaan (wawancara dengan tenaga medis)	Penilaian persepsi, pemahaman, motivasi tenaga medis dalam pelaksanaan <i>discharge planning</i>	Panduan wawancara	-	-
4. Evaluasi pengetahuan pasien tentang STEMI	Penilaian pengetahuan pasien tentang STEMI, penyebab, penatalaksanaan, pencegahan kekambuhan, pertolongan pertama jika terjadi serangan dan pihak yang dihubungi jika terjadi serangan	Kuesioner pengetahuan pasien diadopsi dari kuesioner pengetahuan tentang pengelolaan penyakit yang dikembangkan oleh Siti Aspuah, 2013	Ordinal	Ya = 1 Tidak = 0 ≤ 55% Kurang 56-75 % Cukup ≥ 76% Baik
5. Pengembangan instrumen <i>discharge planning</i>	Suatu cara untuk menyusun instrumen <i>discharge planning</i> saat awal mrs, saat dirawat dan akan krs berbasis teori transisi melalui <i>focus group discussion</i>	1. Panduan <i>focus group discussion</i> (FGD) 2. Diskusi pakar	-	-

-
- (FGD) dan diskusi pakar.
 Pengembangan instrumen *discharge planning* meliputi:
1. Judul
 2. Isi
 - Awal mrs
 - (1) Pengenalan
 - (2) Peraturan
 - (3) Penyakit
 - Saat dirawat
 - (1) Perkembangan kondisi
 - (2) Manajemen gejala
 - (3) Faktor risiko
 - (4) Terapi yang diberikan
 - (5) ESO dan interaksi obat
 - (6) Faktor psikologi
 - (7) Aktivitas
 - (8) Program diet
 - (9) Makanan pantangan & anjuran
 - Akan krs
 - (1) Medication
 - (2) Environment
 - (3) Treatment
 - (4) Health
 - (5) Outpatient referral
 - (6) Diet
 3. Pengesahan : sesuai dengan profesi yang melakukan
 4. Waktu
 - 1) Waktu pelaksanaan
 - 2) Durasi
 - 3) Frekuensi
-

6. Teori transisi Salah satu dari *middle-range theory* yang mempunyai sifat : *awareness, engagement, changes and difference, time span* serta *critical point and event*. Discharge planning model transisi terdiri dari pengkajian yang komprehensif, persiapan untuk rencana tindakan berbasis bukti dan berfokus pada asuhan yang komprehensif dan holistik.
-

4.7 Instrumen penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

- 1) Lembar evaluasi instrumen *discharge planning*, terdiri dari konten dari pendidikan kesehatan dalam *discharge planning*, bagaimana metode pemberian pendidikan kesehatan dalam *discharge planning*, waktu (intensitas, durasi, kapan) pemberian pendidikan kesehatan, sarana yang digunakan dalam pemberian pendidikan kesehatan dan siapa yang memberikan pendidikan kesehatan untuk rencana pemulangan klien.
- 2) Lembar evaluasi kelengkapan rekam medis *discharge planning*
Lembar evaluasi ini dikembangkan oleh peneliti berdasarkan standar *discharge planning* dan edukasi pada KARS
- 3) Panduan wawancara
Wawancara dikembangkan oleh peneliti berdasarkan standar KARS
- 4) Panduan FGD
Panduan FGD ini disusun oleh peneliti dengan tujuan untuk memvalidasi, mengeksplorasi pendapat PPJA, membahas instrumen *discharge planning* dan harapan mereka terhadap aplikasi *discharge planning* berbasis teori transisi. Sedangkan untuk FGD kedua pesertanya adalah Kasi Pelayanan Keperawatan, Kasi Monitoring dan Evaluasi, PJ Unit Irna lantai 2, 3, 4, 7 dan rski, Ketua Komite Keperawatan, Sekretaris Komite, Ketua Sub Komite Mutu Keperawatan serta 3 orang MPP. Dari FGD tersebut didapatkan

keepakatan bersama tentang bentuk pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi.

5) Evaluasi pengetahuan klien terhadap penyakit

Kuesioner tentang pengetahuan terdiri dari 25 pertanyaan. Kuesioner ini dikembangkan oleh Siti Aspuah, yang kemudian dimodifikasi oleh peneliti. Pertanyaan tersebut memiliki jawaban “Benar dan Salah. Skor 1 untuk jawaban “Benar” dan skor 0 untuk jawaban ”Salah”. Kategori hasil penilaian kemampuan dibagi mejadi tiga, yaitu : Baik >76%, (2) Cukup, 56-75, dan (3), kurang <55% (Arikunto and Suharsimi, 2012)

Tabel 4.2 Blueprint Kuesioner Pengetahuan Klien dengan STEMI

Sub-variabel	Indikator	Nomor pertanyaan	Kriteria
Pengetahuan klien terhadap penyakit yang dikembangkan oleh Siti Aspuah yang dimodifikasi oleh peneliti	1. Pengetahuan terhadap penyakit	1,3,4,5,6,7,9 2,8	Favorable Unfavorable
	2. Pengetahuan terhadap sistem pelayanan kesehatan	11,12,13,14 10,15,	Favorable Unfavorable
	3. Pengetahuan terhadap makan	16,17,18 19,20,21	Favorable Unfavorable
	4. Pengetahuan terhadap lingkungan kesehatan	22,24,25 23	Favorable Unfavorable

Pengisian lembar *discharge planning* dan edukasi terintegrasi dilakukan secara manual. Lembar *discharge planning* terdiri dari :

1) Lembar penerimaan pasien baru

(1)Perkenalan diri

(2)Perkenalan perawat yang bertanggung jawab (PJ unit, PP, PA)

(3)Perkenalan dokter dan tenaga non keperawatan

(4)Perkenalan dengan klien yang sekamar (bila ada)

(5)Penjelasan fasilitas yang ada di rawat inap

(6)Penjelasan 6 langkah dan 5 waktu cuci tangan

(7)Menanyakan kembali kejelasan informasi

2) Formulir edukasi pasien dan keluarga terintegrasi

(1)Asesmen edukasi : bahasa, kebutuhan penerjemah, pendidikan pasien, kemampuan membaca, hambatan edukasi, hambatan emosional dan motivasi, kesediaan menerima edukasi, keyakinan dan nilai-nilai.

(2)Kolom topik edukasi

- Admisi : hak dan kewajiban pasien dan keluarga
- Dokter : penjelasan tentang proses pemberian *informed consent*; penjelasan penyakit, penyebab, tanda dan gejala, prognosa; hasil pemeriksaan; penatalaksanaan penyakit dan rencana asuhan; penjelasan komplikasi; hasil asuhan dan pengobatan yang diharapkan; hasil asuhan yang tidak diharapkan; kemungkinan alternatif tindakan; kemungkinan hasil yang tidak terduga; kemungkinan hasil tidak dilakukan tindakan;
- Apoteker : cara penggunaan obat-obatan yang efektif dan aman; potensi efek samping obat-obatan yang diberikan; potensi interaksi obat dengan obat dan atau obat dengan makanan
- Ahli gizi : program diet dan nutrisi
- Perawat : manajemen nyeri nonfarmakologi; pencegahan resiko jatuh; penanganan dan cara perawatan di rumah; perawatan luka; alat-alat

yang perlu disiapkan di rumah; keamanan penggunaan alat-alat kesehatan; keamanan lingkungan bermain; keamanan lingkungan perawatan di rumah; cara cuci tangan yang benar

- Fisioterapi : terapi okupasi; fisioterapi; terapi wicara dan atau menelan; bimbingan psikologi; bimbingan petugas sosial medik; orthostic dan protestik

(3) Kolom kode leaflet

(4) Kolom tanggal edukasi

(5) Kolom durasi waktu

(6) Kolom sasaran : pasien dan atau keluarga

(7) Kolom tingkat pemahaman awal : sudah mengerti, edukasi ulang, hal baru

(8) Kolom metode edukasi : wawancara; diskusi kelompok; ceramah; demonstrasi

(9) Kolom material edukasi : leaflet; booklet; lembar balik; audiovisual; lisan

(10) Kolom edukator

(11) Kolom evaluasi : re-edukasi; re-demonstrasi; sudah mengerti

3) Lembar instruksi pasien pulang

(1) Tanggal mrs, tanggal krs, diagnosa mrs, diagnosa krs

(2) Lanjutan perawatan di rumah

(3) Aturan diet/nutrisi

(4) Aktivitas dan istirahat

(5) Hasil penunjang : saat datang; saat pulang

Rancangan pengembangan aplikasi instrumen discharge planning dengan mengembangkan beberapa komponen isi, metode, sarana dan waktu. Pengembangan komponen isi asesmen terdapat pada tabel berikut :

Tabel 4.3 Rancangan pengembangan komponen isi “*discharge planning*”

No	Item instrumen	Instrumen yang lama	Pengembangan instrumen
1	3P : perkenalan, peraturan, penyakit	Item peraturan ada dalam <i>general consent</i>	-
2	Kolom asesmen edukasi	Terlalu rinci sehingga duplikasi dengan form pendaftaran	Disesuaikan agar tidak duplikasi, sehingga berisi : bahasa, kebutuhan penerjemah, hambatan emosional dan motivasi
3	Kolom topik edukasi		
	1. Admisi	Hanya menjelaskan hak dan kewajiban klien	Ditambahkan penjelasan tentang <i>General consent</i> <i>Informed consent</i> Hak dan kewajiban klien Fasilitas Jam berkunjung Penunggu Waktu makan Administrasi
	2. Dokter	Item masih bersifat umum, belum spesifik	Penjelasan penyakit, penyebab, tanda dan gejala, prognosa; hasil pemeriksaan; penatalaksanaan penyakit dan rencana asuhan; penjelasan komplikasi; hasil asuhan dan pengobatan yang diharapkan; hasil asuhan yang tidak diharapkan; kemungkinan alternatif tindakan; kemungkinan hasil tidak dilakukan tindakan; manajemen nyeri farmakologi
	3. Apoteker	Item masih bersifat umum, belum spesifik	Nama obat dan fungsinya; efek samping obat; interaksi obat dengan obat lain; interaksi obat dengan makanan; monitor kepatuhan
	4. Ahli gizi	Item masih bersifat umum, belum spesifik	program diet dan nutrisi; diet sesuai kondisi, diet pencegahan kekambuhan
	5. Perawat	Item masih bersifat umum, belum spesifik	manajemen nyeri nonfarmakologi; pencegahan resiko jatuh;

			alat-alat yang perlu disiapkan di rumah; keamanan penggunaan alat-alat kesehatan; keamanan lingkungan perawatan di rumah; evaluasi cara cuci tangan yang benar; faktor psikis dan dukungan keluarga, aktivitas di rumah
6.	Fisioterapis	Item masih bersifat umum, belum spesifik	Diisi oleh fisioterapi jika membutuhkan latihan treadmill, static cycle
4.	Kolom durasi waktu	Hanya tersedia durasi	Ditambahkan intensitas edukasi
5.	Kolom tingkat pemahaman awal	Terletak sebelum metode edukasi	Terletak sebelum evaluasi
6.	Kolom edukator	Terletak sebelum evaluasi	Terletak setelah evaluasi

Pengembangan pada aplikasi yaitu berupa item informasi yang seharusnya dipahami oleh pasien dan atau keluarga. Pasien dan atau keluarga diberikan stimulus untuk ikut terlibat dalam proses edukasi.

4.8 Uji validitas dan reliabilitas kuesioner pengetahuan klien STEMI

Validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti keandalan instrumen dalam mengumpulkan data (Nursalam, 2017). Uji kuesioner dalam penelitian ini menggunakan *pearson product moment*. Uji validitas berguna untuk mengetahui apakah ada pernyataan pada kuesioner yang harus dibuang/diganti karena dianggap tidak relevan. Uji ini dilakukan dengan cara membandingkan angka r hitung dan r tabel, jika r hitung lebih besar dari r tabel maka item dikatakan valid. Kuesioner Pengetahuan Klien STEMI telah dilakukan uji validitas dengan nilai r hitung $>$ r tabel 0,754 pada 7 klien STEMI di RS Universitas Airlangga sehingga instrumen atau item-item pertanyaan berkorelasi signifikan terhadap skor total (dinyatakan valid).

Uji reliabilitas berguna untuk menetapkan apakah instrumen yang digunakan dapat digunakan lebih dari satu kali. Tingkat reliabilitas diukur berdasarkan skala alpha 0 sampai dengan 1. Uji ini dilakukan dengan cara membandingkan angka *cronbach alpha* dengan ketentuan nilai *cronbach alpha* minimal 0,7. Kuesioner dianggap reliabel jika nilai *cronbach alpha* di atas 0,7. Pada kuesioner pengetahuan klien STEMI uji reliabilitas menggunakan *cronbach's alfa* dengan nilai 0,993 > α mensugestikan seluruh item reliabel dan seluruh tes secara konsisten memiliki reliabilitas yang kuat.

4.9 Pengumpulan data

Proses pengumpulan data pada penelitian tahap satu ini menggunakan metode pengumpulan data sebagai berikut :

- 1) Evaluasi instrumen *discharge planning* yang dilaksanakan di RS Universitas Airlangga. Peneliti mengevaluasi konten dari pendidikan kesehatan dalam *discharge planning*, bagaimana metode pemberian pendidikan kesehatan dalam *discharge planning*, waktu (durasi, intensitas dan kapan pelaksanaan) pemberian pendidikan kesehatan, sarana pemberian pendidikan kesehatan dan siapa yang memberikan pendidikan kesehatan untuk rencana pemulangan klien. Hal ini dilakukan dengan cara membandingkan dengan standar/regulasi dan teori.

2) Evaluasi kelengkapan pengisian instrumen *discharge planning*

Peneliti mengevaluasi kelengkapan pengisian format *discharge planning*, mengevaluasi bagian mana dari rekam medis tersebut yang paling banyak tidak diisi. Evaluasi dilakukan pada 118 rekam medis.

3) Evaluasi pelaksanaan *discharge planning*

Peneliti melihat langsung pelaksanaan *discharge planning*, melakukan wawancara dengan tenaga kesehatan mengenai hambatan dalam pelaksanaan *discharge planning*

4) Evaluasi tingkat pengetahuan pasien dan atau keluarga

Peneliti melakukan evaluasi pengetahuan tentang STEMI dengan memberikan kuesioner pengetahuan.

5) *Focus Group Discussion* (FGD) dan Diskusi Pakar

Diskusi terarah yang dilaksanakan berdasarkan Panduan FGD (terlampir) bertujuan untuk membahas isu strategis mengenai :

- a. Evaluasi instrumen *discharge planning* mulai saat pasien mrs sampai akan krs
- b. Evaluasi kelengkapan pengisian rekam medis *discharge planning* mulai saat pasien mrs sampai akan krs
- c. Hasil evaluasi pelaksanaan *discharge planning* (wawancara dengan tenaga medis yang melakukan *discharge planning*)
- d. Pengetahuan pasien terhadap penyakit STEMI
- e. Rencana pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori Transisi pada pasien STEMI

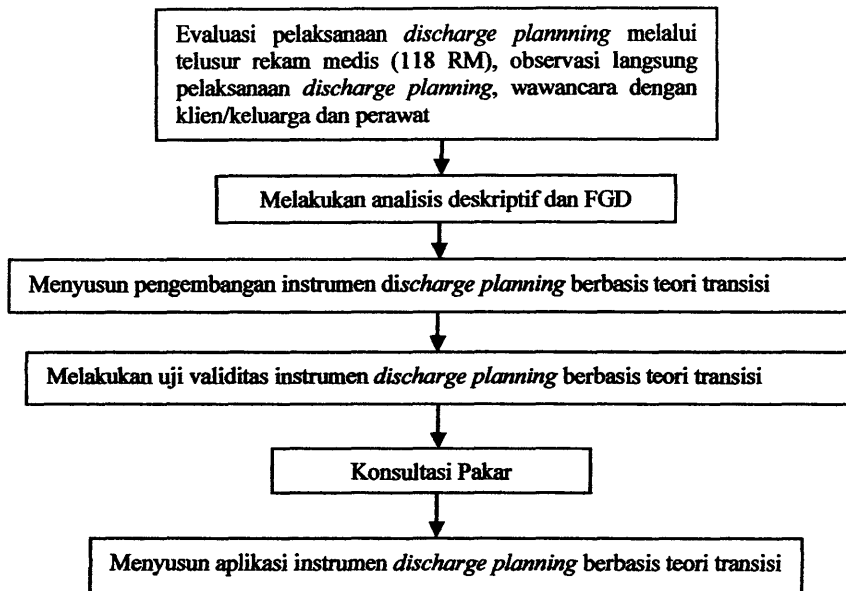
4.10 Analisis data

Analisis deskriptif digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi kategori masing-masing sub variabel : evaluasi instrumen, evaluasi kelengkapan pengisian rekam medis *discharge planning*, evaluasi pelaksanaan dan evaluasi pengetahuan klien STEMI.

Dari hasil evaluasi instrumen *discharge planning* diangkat sebuah isu strategis terkait proses penyusunan pengembangan instrumen *discharge planning*. Hasil FGD didapatkan dari rekaman audiovisual dan catatan lapangan (*field note*). Hasil FGD disalin dan dianalisa menurut hasil yang ditemukan. Partisipan memberikan opini dan klarifikasi masalah yang diangkat sebagai isu strategis. Dari hasil FGD ini disusun sebuah pengembangan instrumen *discharge planning*.

Analisis data untuk kegiatan FGD didapatkan berdasarkan hasil rekaman audiovisual percakapan/catatan lapangan (*field notes*) selama diskusi FGD berlangsung. Hasil selama diskusi disalin dan dianalisis menurut tema-tema. Peneliti juga meningkatkan ketekunan pengamatan dengan mengulang rekaman audiovisual untuk menganalisis konteks.

4.11 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka operasional pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi klien STEMI di RS Universitas Airlangga

4.12 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.12.1 Lokasi penelitian

Pelaksanaan penelitian akan dilaksanakan di ruang rawat inap Lantai 2, 4, 6 dan 7 RS Universitas Airlangga Jalan Mulyorejo Kampus C Universitas Airlangga Surabaya tahun 2019. Penelitian ini dilaksanakan sejak penyusunan proposal hingga penyusunan laporan penelitian.

4.12.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian yang diperlukan dalam penelitian ini kurang lebih 10 bulan, dimulai sejak penyusunan proposal hingga ujian tesis. Pada tabel

4.3 menjelaskan rincian rangkaian kegiatan yang dilalui peneliti dalam penelitian tesis ini.

Tabel 4.4 Jadwal Penelitian Pengembangan Aplikasi Instrumen *Discharge Planning* Berbasis Teori Transisi Pada Klien STEMI

No	Kegiatan	Bulan											
		Agu	Sept	Okt	Nop	Des	Jan	Peb	Mar	Apr	Mei	Jun	
1	Penyusunan proposal dan seminar topik												
2	Ujian seminar pra proposal												
3	Ujian seminar proposal												
4	Pengurusan etik penelitian												
5	Pengumpulan dan pengolahan data												
6	Penyusunan tesis												
7	Seminar hasil tesis												
8	Ujian tesis												

4.13 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

4.13.1 Tahap persiapan

- 1) Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapatkan ijin penelitian dari bagian akademik Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan ijin dari RS Universitas Airlangga Surabaya
- 2) Setelah mendapatkan ijin dari RS Universitas Airlangga Surabaya peneliti mengumpulkan beberapa data yang berasal dari rekam medis, observasi, wawancara dengan klien dan perawat

4.13.2 Tahap pelaksanaan

- 1) Mengevaluasi pelaksanaan *discharge planning* melalui telusur rekam medis yaitu observasi kelengkapan dokumentasi *discharge planning* dengan asumsi apa yang ditulis telah dilakukan oleh PPA, dilanjutkan

dengan observasi langsung pelaksanaan *discharge planning* dan dilanjutkan dengan pemberian kuesioner kepada klien/keluarga dimana pengisiannya disampingi oleh peneliti. Hal ini bertujuan untuk mengevaluasi pengetahuan klien dan atau keluarga tentang STEMI. Langkah selanjutnya adalah wawancara dengan perawat.

- 2) Mengevaluasi instrumen *discharge planning* dibandingkan dengan standar yaitu mengacu pada regulasi
- 3) Peneliti melakukan FGD dengan jajaran manajemen dan perawat berkaitan dengan hasil evaluasi serta berdiskusi untuk pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi
- 4) Penyusunan instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI berpedoman pada : hasil studi rekam medis, studi literatur tentang standar instrumen *discharge planning*, FGD dan diskusi pakar
- 5) Peneliti melakukan pengujian validitas instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi
- 6) Peneliti melakukan konsultasi pakar
- 7) Penyusunan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi.

4.14 Etik Penelitian

Peneliti harus memahami prinsip-prinsip etika penelitian karena sebagian besar subjek penelitian dalam ilmu keperawatan adalah manusia.

Jika hal ini tidak dilaksanakan, maka akan melanggar hak-hak (otonomi) manusia sebagai klien (Nursalam, 2020). Persetujuan etik diperoleh dari tim komite etik RS Universitas Airlangga dengan No: 189/KEH/2019

Pedoman pada masalah etik meliputi :

1) Prinsip menghargai hak-hak responden (*respect for human dignity*)

Peneliti menghormati harkat martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusan sendiri. Hak klien dijunjung tinggi selama penelitian berlangsung, baik berupa hak untuk mundur maupun hak mendapatkan penghargaan yang relevan. Keikutsertaan klien bersifat sukarela dan tidak ada unsur paksaan. Responden yang bersedia mengikuti penelitian maka dapat menandatangani *informed consent*.

2) Prinsip manfaat (*Beneficence and non-maleficence*)

Peneliti melakukan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat bagi responden (*beneficence*), Peneliti berusaha meminimalisir dampak yang merugikan bagi responden (*nonmaleficence*) dengan mengembangkan aplikasi instrumen *discharge planning*.

3) Prinsip keadilan (*respect for justice*)

Setiap responden pada masing-masing kelompok mendapatkan perlakuan yang adil. Peneliti menerapkan prinsip etik dalam penelitian ini dengan cara mendapatkan rekomendasi dari institusi

pendidikan (Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga) dan permohonan izin ke RS Universitas Airlangga sebagai lahan penelitian. Setelah mendapatkan persetujuan, peneliti melakukan penelitian dengan berpedoman pada prinsip etik yang meliputi :

1) Lembar persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan ini diberikan kepada setiap klien yang akan diwawancarai guna memvalidasi pelaksanaan *discharge planning* dan mengevaluasi pengetahuan klien. Lembar persetujuan diisi secara sukarela oleh responden dan jika klien tidak bersedia, maka hak klien tetap dijunjung tinggi.

2) Tanpa nama (*Anonymity*)

Nama responden tidak dicantumkan pada lembar pengumpulan data. Hal ini bertujuan untuk menjaga kerahasiaan responden. Keikutsertaan responden dalam penelitian disamarkan dalam bentuk pengkodean pada masing-masing lembar pengumpulan data.

3) Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Informasi yang telah diperoleh dari responden dijamin kerahasiaannya. Informasi yang disajikan dalam laporan hanyalah data yang berhubungan dengan penelitian.

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Pada bab ini disajikan hasil penelitian dan analisis penelitian pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI asuhan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. Penelitian ini dimulai tanggal 10 Desember 2019 sampai 20 Maret 2020.

Pada bagian hasil penelitian akan diuraikan mengenai data yang didapat saat penelitian berlangsung. Hasil penelitian meliputi 1) gambaran umum lokasi penelitian; 2) hasil dan analisis penelitian tahap 1.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Universitas Airlangga merupakan sebuah Rumah Sakit Pendidikan milik Universitas Airlangga yang didirikan di lingkungan Kampus C Universitas Airlangga dengan bangunan 8 lantai. Rumah Sakit Universitas Airlangga melakukan pelayanan sejak 14 Juni 2011 (*Soft Opening*) dengan berlandaskan Surat Ijin Kepala Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Surabaya nomor 503.445/11587/007/REK/436.6.3/III/2011 tentang ijin mendirikan RS Universitas Airlangga dan ijin sementara penyelenggaraan RS Universitas Airlangga. RS Universitas Airlangga merupakan rumah sakit tipe B Pendidikan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.03/I/4419/2016 dan telah mendapatkan Akreditasi Paripurna dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) pada tahun 2016 dengan Nomor KARS-SERT/VI/2016. RS Universitas Airlangga

mendapatkan Akreditasi Paripurna versi SNARS 1.0 dari KARS pada tanggal 14 Mei 2019 dengan nomor KARS- SERT/865/VII/2019.

Rumah Sakit Universitas Airlangga telah menyusun dan menggunakan instrumen *discharge planning* sejak tahun 2011, yaitu sejak operasionalisasi *soft opening* namun belum terintegrasi dan difokuskan saat klien akan keluar rs. Kemudian instrumen dilakukan revisi saat akan akreditasi KARS tahun 2015. Instrumen *discharge planning* di RS Universitas Airlangga sudah sesuai standar KARS yaitu dimulai saat awal masuk rs, saat dirawat dan akan keluar rs. Saat awal masuk rs isi topik edukasi meliputi : perkenalan diri; perkenalan PJ unit, PP dan PA; perkenalan DPJP dan tenaga non keperawatan; perkenalan klien baru yang sekamar; penjelasan fasilitas yang ada di rawat inap; penjelasan tentang cuci tangan, menanyakan kembali kejelasan informasi. Saat dirawat topik edukasi meliputi : asesmen edukasi (bahasa, kebutuhan penerjemah, pendidikan, kemampuan membaca, hambatan edukasi, hambatan emosional dan motivasi, kesediaan menerima informasi serta keyakinan dan nilai-nilai); hak dan kewajiban pasien; penjelasan tentang proses pemberian *informed consent*; penjelasan penyakit, penyebab, tanda dan gejala, prognosa; hasil pemeriksaan; penatalaksanaan penyakit dan rencana asuhan; penjelasan komplikasi yang mungkin terjadi; hasil asuhan dan pengobatan yang diharapkan; hasil asuhan yang tidak diharapkan; kemungkinan alternatif tindakan; kemungkinan hasil yang tidak terduga; kemungkinan hasil tidak dilakukan tindakan; cara penggunaan obat-obatan yang efektif dan aman; potensi efek samping obat-obatan yang diberikan; potensi interaksi obat dengan obat dan atau dengan makanan; program diet dan

nutrisi; manajemen nyeri (farmakologi dan non farmakologi); pencegahan resiko jatuh; penanganan dan cara perawatan di rumah; perawatan luka; alat-alat yang perlu disiapkan di rumah; keamanan penggunaan alat-alat kesehatan; keamanan lingkungan bermain; keamanan lingkungan perawatan di rumah; cara cuci tangan yang benar; terapi okupasi; fisioterapi; terapi wicara dan atau menelan; bimbingan psikologi; bimbingan petugas sosial medik; orthostic dan protestik. Saat akan keluar rs topik edukasi meliputi : tanggal mrs dan krs; diagosa mrs dan krs; lanjutan perawatan di rumah; aturan diet/nutrisi; aktivitas an istirahat; jumlah hasil lab, Foto, ECG, surat keterangan istirahat saat datang dan saat pulang. Kelemahan pada instrumen ini adalah terlalu banyak topik edukasi dimana kurang dipahami oleh PPA terkait sehingga pelaksanaannya belum optimal, serta belum ada panduan pelaksanaan *discharge planning*.

5.2 Hasil dan Analisis Penelitian

5.2.1 Studi literatur dan studi lapangan dengan mengevaluasi pelaksanaan *discharge planning* di RS Universitas Airlangga

1) Studi literatur

Perencanaan pemulangan pasien (P3) atau *discharge planning* adalah perencanaan untuk memfasilitasi perpindahan klien ke fasilitas layanan kesehatan lain atau ke rumah dengan lancar dan aman untuk menjaga kontinuitas pelayanan dimulai saat admisi. Perencanaan dilakukan terintegrasi secara multidisiplin serta melibatkan klien dan keluarga (Sutoto and Lumenta, 2017). Perencanaan pulang termasuk edukasi dan latihan keterampilan khusus

yang dibutuhkan klien dan keluarga untuk kesinambungan asuhan diluar rumah sakit sehingga dibutuhkan peran semua PPA terkait serta keterlibatan klien dan keluarga (KARS, 2019).

Pelaksanaan *discharge planning* dibutuhkan adanya formulir atau instrumen terstruktur untuk memandu tindakan PPA terkait dalam melaksanakan proses perawatan transisi, kolaborasi antar disiplin ilmu dan integrasi perawatan lanjutan (Rosen, 2017). Evaluasi dokumentasi keperawatan perlu dilaksanakan untuk mengukur kualitas perawatan klien di rumah sakit dalam perawatan melalui intervensi berbasis bukti (Lindo *et al.*, 2016).

Discharge planning yang kurang optimal menyebabkan kurang pengetahuan klien dan keluarga sehingga berdampak pada kesalahan pengobatan, peningkatan kecemasan, perawatan yang lama dan readmisi serta ketidaksiapan menghadapi pemulangan sehingga sering kembali ke IGD dengan masalah minor. Sebaliknya *discharge planning* yang optimal merupakan elemen penting untuk memberikan informasi yang spesifik, menurunkan ansietas dan memenuhi kebutuhan edukasi (Andrew *et al.*, 2017) (Bowles *et al.*, 2014). Kurang pengetahuan pada klien dapat mengakibatkan kurang kesadaran akan faktor risiko, perilaku sehat dan penurunan kepatuhan terhadap medikasi yang selanjutnya meningkatkan ansietas dan depresi serta memperburuk penyakit koroner (Weibel *et al.*, 2014).

2) Evaluasi instrumen *discharge planning*

Instrumen *discharge planning* di RS Universitas Airlangga ada 3 instrumen yang terdiri dari lembar penerimaan pasien baru, formulir edukasi pasien dan keluarga terintegrasi serta lembar instruksi pasien pulang yang telah disesuaikan dengan standar SNARS 1.0. Rumah Sakit Universitas Airlangga juga sudah memiliki Panduan Asuhan Keperawatan dengan kasus STEMI yang sesuai dengan SDKI-SLKI-SIKI.

Tabel 5.1 Evaluasi instrumen *discharge planning* di RS Universitas Airlangga

No	Standar instrumen <i>discharge planning</i>	Keterangan	Kategori
1	Standar judul <i>discharge planning</i>	Judul <i>discharge planning</i> sudah sesuai dengan isi dan standar dari SNARS	Sesuai standar
2	Standar isi <i>discharge planning</i>	Sudah terintegrasi dari PPA terkait, topik edukasi dikutip dari beberapa pokja terkait	Topik edukasi dikutip langsung dari standar SNARS sehingga ada beberapa topik edukasi yang kurang dapat dipahami oleh PPA
4	Standar pengesahan <i>discharge planning</i>	<ol style="list-style-type: none"> Sesaat setelah mrs, form ditanda tangani oleh perawat yang menerima dan pasien/keluarga Pada saat dirawat, form <i>discharge planning</i> ditandatangani oleh dokter penanggung jawab, perawat penanggung jawab pasien, ahli gizi dan apoteker Saat akan krs, form ditanda tangani oleh perawat, ahli gizi dan pasien/keluarga 	Sesuai standar
5	Standar waktu pelaksanaan (<i>timeline discharge planning</i>)	Untuk waktu pelaksanaan meliputi unsur tanggal pelaksanaan, durasi dan frekuensi	Belum ada unsur frekuensi

Tabel 5.1 menjelaskan menjelaskan evaluasi instrumen *discharge planning* berdasarkan standar judul, isi, pengesahan dan waktu. Pada standar isi perlu

adanya penyesuaian selain dengan standar SNARS juga penyesuaian agar instrumen tersebut dapat dipahami oleh PPA terkait, mudah diaplikasikan serta efektif dan efisien dalam pelaksanaannya. Standar waktu pelaksanaan terdiri dari : tanggal pelaksanaan, durasi dan frekuensi sehingga perlu adanya penambahan frekuensi pada instrumen yang baru.

3) Evaluasi kelengkapan dokumentasi *discharge planning* di RS Universitas Airlangga

Evaluasi kelengkapan dokumentasi *discharge planning* dilakukan dengan melihat rekam medis klien STEMI yang dilakukan kateterisasi mulai bulan Mei-Desember 2019.

Tabel 5.2 Evaluasi Kelengkapan Dokumentasi *Discharge Planning* Klien STEMI di Instalasi Rawat Inap RS Universitas Airlangga bulan Mei – Desember 2019

No	Aspek Instrumen	Kategori							
		Baik		Cukup		Kurang		Total	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	Awal mrs (Lembar penerimaan pasien baru)	97	82	6	5	15	13	118	100
2.	Saat dirawat (formulir edukasi pasien dan keluarga terintegrasi)	0	0	85	72	33	28	118	100
3.	Akan krs (lembar instruksi pasien pulang)	34	29	33	28	51	43	118	100

Tabel 5.2 Menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi *discharge planning* saat klien dirawat mayoritas dalam kategori cukup yaitu sebanyak 72% dan kurang sebanyak 28%. Kelengkapan dokumentasi saat akan keluar rs mayoritas dalam kategori kurang yaitu sebanyak 43% yang menandakan bahwa pelaksanaan dokumentasi *discharge planning* saat dirawat dan akan keluar rs belum optimal. Kelengkapan dokumentasi saat awal masuk rs mayoritas dalam

kategori baik yaitu sebanyak 82%, hal ini menggambarkan bahwa dokumentasi *discharge planning* saat awal masuk rs lebih sering dilakukan daripada dokumentasi saat dirawat dan akan keluar rs. Berikut rekapitulasi rekam medis saat dirawat yang lebih banyak tidak terisi.

Tabel 5.3 Rekapitulasi Rekam medis saat dirawat pada klien STEMI yang sering tidak terisi di Instalasi Rawat Inap RS Universitas Airlangga bulan Mei – Desember 2019

No	Topik <i>discharge planning</i> saat dirawat	Jumlah	Persentase
1	Potensi interaksi obat dengan obat dan atau obat dengan makanan	5	4,24%
2	Manajemen nyeri non farmakologi	5	4,24%
3	Potensi efek samping obat	6	5,08%
4	Perawatan luka	6	5,08%
5	Alat yang perlu disiapkan	6	5,08%
6	Keamanan lingkungan bermain	6	5,08%
7	Manajemen nyeri farmakologi	7	5,93%
8	Keamanan lingkungan perawatan di rumah	7	5,93%
9	Keamanan penggunaan alat-alat kesehatan	8	6,78%
10	Penanganan dan cara perawatan di rumah	9	7,63%

Tabel 5.3 Menunjukkan konten rekam medis *discharge planning* saat dirawat yang sering tidak terisi, yaitu potensi interaksi obat dengan obat dan atau obat dengan makanan dan manajemen nyeri non farmakologi dimana pada 118 rekam medis hanya 5 rekam medis yang terisi.

Tabel 5.4 Rekapitulasi Rekam medis saat akan krs pada klien STEMI yang sering tidak terisi di Instalasi Rawat Inap RS Universitas Airlangga bulan Mei – Desember 2019

No	Topik <i>discharge planning</i> akan keluar rs	Jumlah	Persentase
1	Hasil diagnostik saat datang	20	17%
2	Diagnosa mrs	42	36%
3	Diagnosa krs	42	36%
4	Tanggal mrs	49	42%
5	Hasil diagnostik saat pulang	50	42%
6	Tanggal krs	51	43%
7	Aktivitas dan istirahat	56	47%
8	Lanjutan perawatan di rumah	57	48%
9	TTD perawat	61	52%
10	TTD pasien/keluarga	65	55%

Tabel 5.4 Menunjukkan konten rekam medis *discharge planning* akan keluar rs yang sering tidak terisi, yaitu hasil diagnostik saat datang dimana pada 118 rekam medis hanya 20 rekam medis yang terisi.

4) Hasil wawancara dengan tenaga kesehatan mengenai pelaksanaan *discharge planning*

Hasil wawancara mengenai pelaksanaan *discharge planning* kepada PPA (perawat, apoteker dan ahli gizi) menyatakan bahwa 82% perawat mengatakan perencanaan pulang dilaksanakan saat awal masuk rs dan akan keluar rs, selain itu (36%) perawat menyarankan ada *guideline* (petunjuk untuk edukasi ke klien), (45%) perawat menyarankan revisi instrumen agar mudah dipahami. Pernyataan lengkap isi wawancara ada pada lampiran 21.

5) Evaluasi pengetahuan klien tentang STEMI

Dari 16 responden pasien dengan STEMI didapatkan hasil tingkat pengetahuan klien dan keluarga sebagai berikut :

Tabel 5.5 Pengetahuan klien dan keluarga tentang STEMI

No	Kategori	Jumlah (Σ)	Persentase (%)
1	Baik	6	43%
2	Cukup	7	50%
3	Kurang	3	21%
	Total	16	100%

Tabel 5.5 menyatakan tingkat pengetahuan klien terhadap STEMI yaitu mayoritas tingkat pengetahuan klien dalam kategori cukup yaitu sebanyak 7 dari 16 klien atau sekitar 50%. Hal ini berarti klien dapat menjawab 56-75% pertanyaan. Namun hampir semua klien tidak mengetahui nama dan indikasi obat-obatan; makanan yang dipantang dan dianjurkan; aktivitas dan gaya hidup.

5.2.2 Proses penyusunan pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI

- 1) Perumusan isu strategis untuk bahan *focus group discussion* (FGD) tentang pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI

Hasil evaluasi instrumen *discharge planning*, telusur rekam medis digunakan untuk merumuskan isu strategis yang dijadikan bahan *focus group discussion* (FGD). Proses perumusan isu strategis dijelaskan pada tabel 5.6.

Tabel 5.6 Perumusan Isu Strategis Untuk Bahan *Focus Group Discussion* (FGD) pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI

No	Variabel	Data	Isu strategis
1.	Kelengkapan pengisian form <i>discharge planning</i>	Saat dirawat kelengkapan dengan kategori "kurang" mencapai 28% dan kategori "cukup" mencapai 72%. Pada saat akan keluar rs kelengkapan dengan kategori "kurang" mencapai 43% dan kelengkapan dengan kategori "cukup" mencapai 28%.	Pengisian rekam medis edukasi klien belum optimal, terutama edukasi saat dirawat dan saat akan keluar rs.
2.	Pelaksanaan <i>discharge planning</i>	Data hasil wawancara : 82% perawat mengatakan perencanaan pulang dilaksanakan saat awal masuk rs dan akan keluar rs.	Pelaksanaan <i>discharge planning</i> terhadap klien belum optimal
3.	Standarisasi pelaksanaan <i>discharge planning</i>	Saran dari perawat : (36%) perawat menyarankan ada <i>guideline</i> (petunjuk untuk edukasi pada klien), (45%) perawat menyarankan revisi instrumen	Pelaksanaan edukasi terutama saat klien dirawat belum seragam/terstandar
4.	Pengetahuan klien	Pengetahuan klien tentang STEMI mayoritas dalam kategori cukup (50%). Namun hampir semua klien tidak mengetahui nama, indikasi obat-obatan; makanan yang dipantang dan dianjurkan; aktivitas dan gaya hidup.	Pengetahuan klien tentang penyakitnya belum optimal

2) Karakteristik partisipan FGD

Pada bagian ini akan diuraikan karakteristik 22 partisipan untuk pelaksanaan *Focus Group Discussion* (FGD) yang terbagi menjadi dua kelompok, yaitu :

- a. Partisipan *focus group discussion* (FGD) kelompok 1 (perawat penanggung jawab asuhan rawat inap)

Partisipan FGD kelompok 1 adalah PPJA rawat inap yang merawat klien dengan STEMI, berjumlah 10 orang. Rata-rata usia partisipan antara 31-35 tahun (70%). Seluruh responden jenis kelaminnya perempuan (100%), seluruhnya pendidikannya S1 keperawatan (100%). Status kepegawaiannya 50% tenaga kontrak dan 50% PNS, dengan mayoritas masa kerja > 5 tahun (70%).

- b. Partisipan FGD kelompok 2 adalah jajaran manajerial

Partisipan kelompok kedua adalah 12 perawat manajerial yang terdiri dari Kasi Pelayanan Keperawatan, Kasi Monitoring dan Evaluasi, Ketua Komite Keperawatan, Sekretaris Komite Keperawatan, Ketua Sub Komite Mutu Keperawatan, Penanggung Jawab Ruangan rawat inap lantai 2, 3, 4, 7 dan rski serta 3 orang Manajer Pelayanan Pasien (MPP). Rata-rata usia partisipan antara 31-35 tahun (58%) dengan mayoritas jenis kelamin perempuan (57%). Mayoritas pendidikannya S1 keperawatan (79%). Status kepegawaian mayoritas PNS (86%) dengan masa kerja mayoritas 5-10 tahun (79%).

3) Pelaksanaan *focus group discussion* (FGD) tentang pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI

Pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI disusun melalui *focus group discussion*. Kegiatan FGD dilaksanakan dengan tujuan untuk mengeksplorasi pendapat tentang pelaksanaan *discharge planning* menurut pandangan PPJA dan perawat manajerial di RS Universitas Airlangga dan sebagai dasar dalam pengembangan instrumen aplikasi *discharge planning* yang sesuai dengan harapan partisipan. FGD dilaksanakan 2 kali dan dilanjutkan dengan konsultasi pakar, yaitu:

a. FGD kelompok 1 dengan PPJA rawat inap

Tanggal : 17 Pebruari 2020

Tempat : Ruang Konferensi Instalasi Bedah Sentral

Peserta : 10 orang yang terdiri dari :

(1) 3 PPJA irna lantai 3

(2) 3 PPJA irna lantai 4

(3) 2 PPJA irna lantai 6

(4) 2 PPJA irna lantai 7

Waktu : ± 60 menit

b. FGD kelompok 2 dengan jajaran manajemen

Tanggal : 21 Pebruari 2020

Tempat : Ruang Konferensi Instalasi Bedah Sentral

- Peserta** : 12 orang yang terdiri dari :
- (1) Kasi Pelayanan Keperawatan
 - (2) Kasi Monitoring dan Evaluasi SDM Keperawatan
 - (3) Ketua Komite Keperawatan
 - (4) Sekretaris Komite Keperawatan
 - (5) Ketua Sub Komite Mutu Keperawatan
 - (6) PJ Unit Rawat Inap lantai 2, 3, 4, 7 dan RSKI
 - (7) Manajer Pelayanan Pasien (MPP) 3 orang
- Waktu** : ± 60 menit

4) Hasil kegiatan FGD tentang pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI

Hasil dari kegiatan FGD tentang pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI ditampilkan pada tabel 5.7.

Tabel 5.7 Hasil FGD Tentang pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI

No	Isu strategis	Kemungkinan penyebab	Hasil FGD	Telaah peneliti
1.	Pengisian rekam medis edukasi pasien belum optimal, terutama edukasi pasien saat dirawat dan saat pasien krs.	1. Edukasi tidak diisi karena konten yang sangat banyak (ada tiga dokumen yang diisi, lembar PPB, lembar edukasi terintegrasi dan lembar instruksi pulang) dengan waktu yang singkat. 2. Ada beberapa lembar	1. Format <i>discharge planning</i> di Instalasi Rawat Inap sudah disusun saat menjelang akreditasi KARS tahun 2015 dan telah direvisi tahun 2019 saat menjelang re-akreditasi, namun belum pernah dievaluasi dan belum ada panduan/ <i>guideline</i> 2. Format <i>discharge planning</i>	1. Format <i>discharge planning</i> di Instalasi Rawat Inap sudah disusun dan telah direvisi namun belum pernah dievaluasi pelaksanaannya sehingga dokumentasi belum optimal

No	Isu strategis	Kemungkinan penyebab	Hasil FGD	Telaah peneliti
		instruksi pulang yang tidak ada di RM	perlu disederhanakan dengan tidak mengurangi standar KARS	
2.	Pelaksanaan <i>discharge planning</i> terhadap pasien belum optimal	Pelaksanaan <i>discharge planning</i> belum optimal karena mobilitas klien tinggi, beban kerja tinggi, rasio klien dan perawat tinggi (1:8)	1. Selama ini <i>discharge planning</i> dilakukan saat awal masuk rs dan akan keluar rs. Saat dirawat perawat mengedukasi cuci tangan saja. 2. Perlu adanya <i>guideline</i> untuk mempermudah pelaksanaan <i>discharge planning</i>	Pelaksanaan <i>discharge planning</i> belum optimal karena belum adanya panduan/ <i>guideline</i>
3.	Pelaksanaan edukasi terutama saat klien dirawat belum seragam/terstandar	Belum adanya panduan/standarisasi (info minimal yang perlu diketahui klien dan keluarga)	Konten materi yang diberikan pada klien berbeda-beda sehingga tidak semua klien paham terhadap pencegahan kekambuhan	Pelaksanaan edukasi saat klien dirawat belum seragam karena belum adanya standarisasi edukasi
4.	Pengetahuan klien tentang penyakitnya belum optimal	1. Tingkat pendidikan dan pemahaman klien dan keluarga 2. Adanya perasaan depresi klien terhadap penyakitnya 3. Kurang peduli dengan diri sendiri	1. Pengetahuan klien dan keluarga belum optimal karena tingkat pemahaman klien, ditunjang dengan penunggu yang berbeda saat klien dirawat sehingga informasi yang diterima tidak lengkap. Penunggu yang kurang pengetahuan tidak dapat mengingatkan klien dalam meningkatkan kesehatannya 2. Belum ada panduan pelaksanaan <i>discharge planning</i> 3. Perlu alat bantu untuk melakukan edukasi pada klien	Pengetahuan belum optimal disebabkan oleh faktor klien (tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan, penunggu yang berganti-ganti)

Rekomendasi dari FGD tentang pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI yang akan diaplikasikan di Instalasi Rawat Inap RS Universitas Airlangga antara lain :

- a. Form *discharge planning* disederhanakan namun tetap memenuhi standar KARS, topik edukasi disesuaikan dengan teori transisi. Hal ini bertujuan agar pelaksanaan *discharge planning* dan dokumentasi pelaksanaan *discharge planning* optimal agar pengetahuan klien menjadi baik
- b. Ada panduan pelaksanaan *discharge planning*, pelaksanaan *discharge planning* disesuaikan dengan teori transisi
- c. Ada standarisasi pelaksanaan *discharge planning*

5) Konsultasi pakar

Konsultasi pakar dilakukan untuk memperoleh masukan-masukan dalam proses penyusunan pengembangan instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI berdasarkan hasil telusur rekam medis dan FGD. Konsultasi pakar ini dilakukan dengan dua orang pakar yaitu dokter spesialis jantung dan pembuluh darah dan Penanggung Jawab irna lantai 2 (ruang rawat inap kardio) RS Universitas Airlangga dalam waktu yang berbeda.

Adapun pelaksanaan konsultasi pakar tersebut adalah :

(1) Konsultasi pakar I

Tanggal : 26 Pebruari 2020

Tempat : Ruang konsultasi Cathlab

Pakar : M. Yusuf, dr., Sp.JP., Ph.DD., FIHA., FESC

Jabatan : Dokter spesialis jantung dan pembuluh darah RS Unair

Waktu : Jam 11.00-selesai

(2) Konsultasi pakar II

Tanggal : 26 Pebruari 2020

Tempat : Ruang konsultasi Instalasi Rawat Inap Larasati

Pakar : Nissa Aruming Sila, S.Kep.,Ns, M.Kep

Jabatan : PJ Unit Rawat Inap Larasati RS Universitas Airlangga

Waktu : Jam 10.00-selesai

6) Rekomendasi Pakar

Rekomendasi dari hasil konsultasi pakar terkait pengembangan instrumen

discharge planning pada klien STEMI adalah sebagai berikut:

Tabel 5.8 Rekomendasi dari hasil konsultasi pakar terkait pengembangan instrumen *discharge planning* pada klien STEMI

No	Komponen	Rekomendasi
1	Saat awal mrs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asesmen edukasi disederhanakan 2. Edukasi tentang fasilitas ruangan sebaiknya dilakukan oleh petugas admisi sekaligus untuk <i>general consent</i> 3. Saat melakukan edukasi tentang penerimaan pasien baru (PPB) ditambahkan edukasi tentang pencegahan jatuh kepada klien dan keluarga dan video edukasi tentang cuci tangan yang benar dalam bahasa indonesia.
2	Saat dirawat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulir <i>discharge planning</i> saat awal masuk rs dan saat dirawat sebaiknya ditambahkan satu kolom keterangan yang digunakan untuk dokumentasi waktu jika membutuhkan edukasi ulang. 2. Jika memungkinkan ada penyederhanaan instrumen namun tetap memperhatikan standar SNARS 3. Instrumen yang dibuat ini harus memperhatikan kemampulaksanaan dari para pengguna namun tetap memperhatikan standar SNARS
3	Saat akan krs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instrumen yang akan dikembangkan mudah dipahami dan diaplikasikan serta

	tidak memerlukan waktu yang lama dalam proses pengisian
	2. Perlu tambahan topik edukasi tentang obat-obatan oleh profesi terkait
4	Aplikasi
	1. Untuk tanda dan gejala (pada aplikasi), ditambahkan kategori : pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan EKG.
	2. Kebutuhan cairan klien sebaiknya diukur dengan menggunakan rumus kebutuhan cairan berdasarkan berat badan pada klien STEMI, yaitu 30 ml/kgBB dengan catatan berat badan kering (bukan berat badan saat ada penumpukan cairan). Namun hal ini berlaku secara umum, belum tentu sama untuk semua klien tergantung kondisi klinis.
	3. Tindakan pada klien STEMI ada beberapa alternatif yaitu PPCI (<i>Primary Percutaneous Coronary Intervention</i>), fibrinolisis atau observasi saja. Dalam panduan ini coba dibuat spesifik salah satu tindakan tersebut agar pelaksanaan edukasi kepada klien dapat optimal dan mendalam, misal edukasi pada klien STEMI yang akan dilakukan tindakan PPCI dan berhasil.
	4. Aktivitas klien pasca tindakan dibuat spesifik namun perlu dikaji dahulu, lihat panduan aktivitas pada pedoman rehabilitasi jantung.
	5. Dosis obat clopidogrel adalah 300 mg, sesuaikan dengan terapi klien STEMI yang akan dilakukan tindakan PPCI.


Rekomendasi dari hasil konsultasi pakar tentang pengembangan instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi, yaitu:

- 1) Asesmen edukasi dipersingkat menjadi lima item yang sebelumnya delapan item karena sebagian data sudah ada pada data umum. Sebelum tiba di rawat inap klien dan atau keluarga dijelaskan hak dan kewajiban; *general consent* dan pelepasan informasi; fasilitas, jam berkunjung dan penunggu; administrasi. Setelah sampai di rawat inap perawat memperkenalkan diri; PJ Unit, PPJA, PA, DPJP, PPA lain;

memperkenalkan klien sekamar (jika ada); penjelasan tentang cuci tangan. Selanjutnya dokter menjelaskan tentang diagnosa medis, penyebab, gejala, prognosa; tanda, gejala, komplikasi; terapi.

- 2) Saat dirawat topik edukasi dilakukan oleh PPA terkait secara terintegrasi. Dokter menjelaskan perkembangan kondisi, manajemen gejala dan faktor risiko. Apoteker menjelaskan terapi yang diberikan dan indikasi; efek samping dan interaksi obat. Perawat menjelaskan faktor psikologi dan aktivitas saat dirawat. Ahli gizi menjelaskan program diet; makanan pantangan dan anjuran.
- 3) Saat akan keluar rs topik edukasi meliputi *medication* (penjelasan tentang obat yang dibawa pulang), *environment, treatment, health, outpatient referral* (waktu dan tempat kontrol poliklinik) dan diet (makanan yang dianjurkan dan dihindari). Pengesahan dilakukan oleh PPA yang melakukan edukasi.
- 4) Aplikasi dibuat berdasarkan instrumen tersebut dengan ditambahkan penghitungan BMI dan kebutuhan cairan. Materi edukasi disusun berdasarkan masukan pakar


Berdasarkan rekomendasi hasil FGD dan konsultasi pakar, bentuk pengembangan instrumen *discharge planning* yang akan dikembangkan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

	RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA KAMPUS C UNAIR SURABAYA	LABEL PASIEN Patient Label										
INSTRUKSI : Berli tanda check list (√) pada kotak yang sesuai (dapat lebih dari satu sesuai kebutuhan pasien dan keluarga)												
ASESMEN EDUKASI	Bahasa :	<input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Inggris <input type="checkbox"/> Daerah..... <input type="checkbox"/> Lain-lain										
	Kebutuhan Penterjemah :	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak										
	Keterbatasan Fisik dan Kognitif :	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Penglihatan terganggu <input type="checkbox"/> Kognitif terbatas										
	Hambatan Emosional & Motivasi :	<input type="checkbox"/> Fisik lemah <input type="checkbox"/> Pendengaran terganggu <input type="checkbox"/> Gangguan bicara										
	Kesediaan menerima Informasi :	<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Sedih <input type="checkbox"/> Marah <input type="checkbox"/> Senang <input type="checkbox"/> Depresi										
EDUKASI AWAL MASUK RS												
Diisi oleh Admisi/Dokter/Perawat/Ahli Gizi/Apoteker												
PROFESI	TOPIK EDUKASI	WAKTU			PEMAHAMAN AWAL (4)	METODE EDUKASI (5)	KETERANGAN (6)	SARANA EDUKASI (7)	PASIEN/KELUARGA		EDUKATOR	
		TGL EDUKASI (1)	DURASI (2)	FREKUENSI (3)					NAMA (8)	TTD (9)	NAMA (10)	TTD (11)
Admisi	1. Hak dan kewajiban pasien dan keluarga											
	2. General consent & pelepasan informasi											
	3. Fasilitas, jam berkunjung, penunggu											
	4. Administrasi											
Perawat	1. Perkenalan diri											
	2. Perkenalan PJ Unit, PPJA, PA, DPJP, PPA lain											
	3. Perkenalan klien yang sekamar											
	4. Penjelasan 6 langkah & 5 waktu cuci tangan											
	5. Pencegahan jatuh											
Dokter	1. Diagnosa medis, penyebab, gejala, prognosa											
	2. Tanda dan gejala, komplikasi											
	3. Terapi											

Gambar 5.1 Pengembangan Instrumen *Discharge Planning* Saat Awal Masuk RS

RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA										LABEL PASIEN Patient Label			
KAMPUS C UNAIR SURABAYA													
EDUKASI SAAT PERAWATAN													
Diisi oleh Admisi/Dokter/Perawat/Ahli Gizi/Apoteker													
PROFESI	TOPIK EDUKASI	WAKTU			PEMAHAMAN AWAL (4)	METODE EDUKASI (5)	KETERANGAN (6)	SARANA EDUKASI (7)	PASIEN/KELUARGA		EDUKATOR		
		TGL EDUKASI (1)	DURASI (2)	FREKUENSI (3)					NAMA (8)	TTD (9)	NAMA (10)	TTD (11)	
Dokter	1. Perkembangan kondisi												
	2. Manajemen gejala												
	3. Faktor risiko												
Apoteker	1. Terapi yang diberikan, indikasi												
	2. Efek samping dan interaksi obat												
Perawat	1. Faktor psikologi												
	2. Aktivitas saat dirawat												
Ahli gizi	1. Program diet												
	2. Makanan pantangan & anjuran												
	Lain-lain												
												
												
												

Gambar 5.2 Pengembangan Instrumen *Discharge Planning* Saat Dirawat

 RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA KAMPUS C UNAIR SURABAYA	LABEL PASIEN Patient Label		
LEMBAR INSTRUKSI PASIEN PULANG			
Diisi oleh Perawat / Bidan dan Dietitian			
Tanggal MRS :	Tanggal KRS :		
Diagnosa MRS :	Diagnosa KRS :		
A. Medication (Obat-obatan)			
.....			
.....			
.....			
B. Environment (dukungan lingkungan)			
.....			
.....			
.....			
C. Treatment (Perawatan lanjutan)			
.....			
.....			
.....			
D. Health (memelihara kesehatan, mencegah kekambuhan)			
.....			
.....			
.....			
E. Outpatient Referral			
.....			
.....			
.....			
F. Diet			
.....			
.....			
.....			
Hasil Lab, Foto, ECG, surat keterangan istirahat :			
Saat datang : <input type="checkbox"/> lembar <input type="checkbox"/> lembar <input type="checkbox"/> lembar	Saat Pulang : <input type="checkbox"/> lembar <input type="checkbox"/> lembar <input type="checkbox"/> lembar		
Surabaya,			
Dietitian	Apoteker	Perawat/bidan	Pasien/Keluarga
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)

Gambar 5.3 Pengembangan Instrumen *Discharge Planning* Saat Akan keluar RS

5.2.3 Melakukan uji validitas pengembangan instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi

Hasil uji validitas pengembangan instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi dapat di lihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.9 Hasil Uji Validitas Instrumen dengan menghitung nilai I-CVI

No	Nama Instrumen	Hasil uji validitas (I-CVI)	Kesimpulan
1	Form awal mrs	1,00	Valid
2	Form saat dirawat	1,00	Valid
3	Form akan krs	1,00	Valid

Tabel 5.9 menginformasikan hasil uji validitas instrumen dengan menghitung nilai I-CVI. Uji validitas instrumen dilakukan dengan menilai *Individul Content Validity Index (I-CVI)*. Penilaian ini dilakukan oleh tiga orang pakar yang ahli dibidang penyusunan *discharge planning* di RS Universitas Airlangga. Penilaian ini dilakukan untuk menilai setiap item dalam instrumen *discharge planning* yaitu nilai 1 : tidak relevan; 2 : agak relevan; 3 : cukup relevan dan 4 : sangat relevan. Untuk skor 1 dan 2 akan diberikan penilaian 0 dan skor 3 dan 4 diberikan penilaian 1. Kemudian nilai dari ketiga pakar tersebut dijumlahkan dan dirata-rata dan didapatkan hasil.

Semua intrumen mempunyai nilai I-CVI 1,00. Dapat disimpulkan bahwa uji validitas semua instrumen adalah valid (Yusoff, 2019).

5.2.4 Pengembangan instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi

Pengembangan instrumen *discharge planning* secara terstruktur dapat dijelaskan seperti tabel 5.10

Tabel 5.10 Pengembangan Instrumen *Discharge Planning* Berbasis Teori Transisi

No	Item instrumen	Instrumen <i>discharge planning</i> di RS. Universitas Airlangga	Standar <i>discharge planning</i> KARS	Pengembangan instrumen <i>discharge planning</i> berbasis teori transisi
1.	Judul instrumen	Ada 3 instrumen dengan judul masing-masing : lembar penerimaan pasien baru, formulir edukasi pasien dan keluarga terintegrasi dan lembar instruksi pasien pulang	-	Ada 3 instrumen <i>discharge planning</i> yaitu awal masuk rs saat dirawat dan akan keluar rs yang akan dibawakan saat klien pulang
2.	Standar isi <i>discharge planning</i>	<p>Sudah terintegrasi, hanya terlalu banyak item yang akan disampaikan sehingga sering tidak terisi/tersampaikan.</p> <p>1. Awal masuk rs : admisi menjelaskan hak dan kewajiban pasien dan keluarga.</p> <p>Perawat memperkenalkan diri; PJ unit, PP dan PA; DPJP dan tenaga non keperawatan; klien sekamar; menjelaskan fasilitas rawat inap; menjelaskan 6 langkah dan 5 waktu cuci tangan; menanyakan kembali kejelasan informasi</p> <p>2. Saat dirawat : Dokter menjelaskan tentang proses pemberian <i>informed consent</i>; penyebab, tanda dan gejala, prognosa; hasil pemeriksaan; penatalaksanaan penyakit dan rencana asuhan; penjelasan komplikasi yang</p>	<p>1. Awal mrs : dokter menjelaskan tentang rencana asuhan, hasil asuhan yang diharapkan. Petugas pendaftaran menjelaskan tentang perkiraan biaya (ARK)</p> <p>RS memberikan edukasi untuk menunjang partisipasi klien dan keluarga dalam proses asuhan</p>	<p>1. Awal mrs : Admisi menjelaskan tentang hak dan kewajiban pasien dan keluarga; <i>general consent</i> dan pelepasan informasi; fasilitas, jam berkunjung dan penunggu.</p> <p>Perawat memperkenalkan diri; PJ unit, PPJA, PA DPJP dan PPA lain; klien sekamar; menjelaskan fasilitas rawat inap; menjelaskan 6 langkah dan 5 waktu cuci tangan; pencegahan jatuh, menanyakan kembali kejelasan informasi</p> <p>Dokter menjelaskan diagnosa medis, penyebab, gejala, prognosa; tanda, gejala, komplikasi; terapi.</p> <p>2. Saat dirawat Dokter menjelaskan perkembangan kondisi, manajemen gejala dan faktor risiko.</p> <p>Apoteker menjelaskan terapi yang diberikan dan indikasinya; efek samping dan interaksi obat.</p>

<p>mungkin terjadi; hasil asuhan dan pengobatan yang diharapkan; hasil asuhan yang tidak diharapkan; kemungkinan alternatif tindakan; kemungkinan hasil yang tidak terduga; kemungkinan hasil tidak dilakukan; manajemen nyeri farmakologi.</p>	<p>(MKE 6) PPA memberikan edukasi secara efektif (MKE 7) Agar edukasi efektif, diawali dengan asesmen kemampuan, kemauan belajar dan kebutuhan edukasi (MKE 8)</p>	<p>Perawat menjelaskan faktor psikologi; aktivitas saat dirawat Ahli gizi menjelaskan program diet; makanan yang pantangan dan anjuran</p>
<p>Apoteker menjelaskan cara penggunaan obat-obatan yang efektif dan aman; potensi efek samping obat-obatan yang diberikan; potensi interaksi obat dengan obat dan atau obat dengan makanan</p>	<p>Edukasi pasien dan keluarga : penggunaan obat yang aman, penggunaan peralatan medis yang aman, interaksi obat dengan obat dan makanan, diet dan nutrisi, manajemen nyeri, teknik rehabilitasi dan cuci tangan yang benar (MKE 10)</p>	
<p>Ahli gizi menjelaskan program diet dan nutrisi</p>		
<p>Perawat menjelaskan tentang manajemen nyeri non farmakologi; pencegahan resiko jatuh; penanganan dan cara perawatan di rumah; perawatan luka; alat-alat yang perlu disiapkan di rumah; keamanan penggunaan alat-alat kesehatan; keamanan lingkungan bermain; keamanan lingkungan perawatan di rumah; cara cuci tangan yang benar</p>	<p>Edukasi berlangsung baik jika menggunakan metode yang tepat (MKE 11)</p>	
<p>Fisioterapis menjelaskan tentang terapi okupasi, fisioterapi; terapi wicara dan atau menelan; bimbingan psikologi; bimbingan petugas sosial medik; orthostic dan protetik</p>		
<p>3. Saat akan krs Perawat menjelaskan</p>	<p>3. Saat akan krs : Edukasi berfokus pada</p>	<p>3. Akan krs : METHOD</p>

	tentang lanjutan perawatan di rumah; aktivitas dan istirahat; memberikan hasil diagnostik	pengetahuan dan ketrampilan spesifik yang dibutuhkan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan, berpartisipasi dalam asuhan kelanjutan di rumah (MKE 8)	Apoteker menjelaskan tentang obat-obatan (<i>Medication</i>) Perawat menjelaskan tentang dukungan lingkungan; perawatan lanjutan (<i>Environment</i>); bagaimana cara memelihara kesehatan (<i>Treatment</i>), mencegah kekambuhan (<i>Health</i>); cara kontrol (<i>Outpatient referral</i>); memberikan hasil diagnostik Ahli gizi menjelaskan aturan diet saat di rumah (<i>Diet</i>)
3. Standar pengesahan <i>discharge planning</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saat awal mrs, form ditandatangani oleh perawat yang menerima dan pasien/keluarga 2. Saat dirawat, form <i>discharge planning</i> ditandatangani oleh dokter penanggung jawab, perawat penanggung jawab pasien, ahli gizi dan apoteker 3. Saat akan krs, form ditanda tangani oleh perawat, ahli gizi dan pasien/keluarga 	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saat awal mrs dan saat dirawat form ditandatangani oleh klien/keluarga dan profesi terkait (admisi, perawat, dokter, apoteker dan ahli gizi) 2. Saat akan krs form ditandatangani oleh ahli gizi, perawat, apoteker dan pasien/keluarga
4. Standar waktu pelaksanaan (<i>timeline discharge planning</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan edukasi saat awal mrs dilakukan satu kali. 2. Pelaksanaan edukasi saat dirawat dievaluasi dan direncanakan edukasi ulang jika dianggap kurang mengerti 	Dilakukan evaluasi pemahaman pasien/keluarga dan direncanakan edukasi ulang jika belum mengerti	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk waktu pelaksanaan meliputi unsur tanggal pelaksanaan, durasi dan frekuensi 2. Jika klien/keluarga belum mengerti maka akan dilakukan edukasi ulang

Instrumen *discharge planning* terdiri dari 3 form yaitu saat awal masuk rs, saat dirawat dan saat akan keluar rs. Instrumen yang ada saat ini dan bentuk pengembangan instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi ditunjukkan pada gambar sebagai berikut:

RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA KAMPUS C UNAIR SURABAYA		RMI 1 LABEL PASIEN Pahent Label
<p>Disetujui Perawat</p> <p>Berilah tanda "X" jika sudah dilakukan. Orientasi / penjelasan tentang</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Perkenalan diri</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Perkenalan perawat yang bertanggung jawab a. Penanggung Jawab Unit b. Perawat Primer c. Perawat Associate</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Perkenalan dokter yang bertanggung jawab dan tenaga non keperawatan (administrasi, ahli gizi, dll)</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Perkenalkan klien baru dengan klien lain yang sekamar (bila ada)</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Penjelasan fasilitas yang ada rawat inap</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Penjelasan tentang 5 (lima) langkah cuci tangan dan 5 (lima) waktu untuk cuci tangan</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Menanyakan kembali tentang kejelasan informasi yang telah disampaikan.</p>		
Pasien / Keluarga	Surabaya	Perawat Primer / Ners
(.....)		(.....)
REVISI D2/RMIK/S/2019		

Gambar 5.4 Instrumen *discharge planning* saat awal mrs (pengenalan pasien baru)

Saat awal masuk rs isi topik edukasi meliputi : perkenalan diri; perkenalan PJ unit, PP dan PA; perkenalan DPJP dan tenaga non keperawatan; perkenalan klien baru yang sekamar; penjelasan fasilitas yang ada di rawat inap; penjelasan tentang cuci tangan, menanyakan kembali kejelasan informasi.

RMK 6

RUMAH SAKIT		LABEL							
Diisi oleh PPA INSTRUKSI Berilah tanda check list (+) pada kotak yang sesuai (dapat lebih dari satu sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga)									
ASPEK PSIKOSOSIAL Bahasa: Indonesia / Inggris / Dutch / Lainnya: _____ Kebutuhan Penunjang: Ya / Tidak Pendidikan Pasien: SD / SLTP / SLTA / SL Kemampuan Membaca: Baik / Kurang Halangan Edukasi: Tidak ada / Pendidikan rendah / Pendidikan terganggu / Pendidikan terganggu Hubungan Sosial: Baik / Buruk / Tidak ada / Tidak ada Keadaan Merawat: Baik / Buruk / Tidak ada / Tidak ada Keadaan Perawatan: Ya / Tidak									
Diisi oleh Adminis, Dokter, Keperawatan, Fisioterapi, Terapi Gizi, Apoteker									
NOUR TUJUAN EDUKASI : TOPIK EDUKASI	TUMBUH BAKTERIA	MAMPAK BAKTERIA	SARAN (Pasien, Keluarga, Lain-lain)		MUTU EDUKASI	SARAN EDUKASI	EVALUASI		TUMBUH BAKTERIA
			NAMA	TID			NAMA	TID	
Adminis 1. Hak dan kewajiban pasien dan keluarga...					Wawancara Diskusi kelompok Ceramah Demonstrasi	Leaflet Booklet Lembar balik Audiovisual Lisan	Revisi Re-demonstrasi Studi mandiri		
Dokter 1. Nona... tentang proses pembentukan...					Wawancara Diskusi kelompok Ceramah Demonstrasi	Leaflet Booklet Lembar balik Audiovisual Lisan	Revisi Re-demonstrasi Studi mandiri		
2. Penjelasan tentang penyebab... 3. Hasil pemeriksaan... 4. Penjelasan tentang... 5. Penjelasan komplikasi... 6. Hasil... 7. Hasil... 8. Kemungkinan... 9. Kemungkinan... 10. Kemungkinan...					Wawancara Diskusi kelompok Ceramah Demonstrasi	Leaflet Booklet Lembar balik Audiovisual Lisan	Revisi Re-demonstrasi Studi mandiri		


FORMULIR EDUKASI PASIEN DAN KELUARGA TERINTEGRASI

Gambar 5.5 Instrumen *discharge planning* saat pasien dirawat (lembar pertama)

KEMERUHAN PENDIDIKAN: TUJUK PENDIDIKAN	LTD KOD MOS	SASARAN (Pasien, Keluarga, Tamu - tamu)		TINGKAT PENGALAMAN AWAL	METODE PENDIDIKAN	MATERIAL PENDIDIKAN	INDIKATOR		EVALUASI	MEDIUM KOMUNIKASI
		NAMA	LTD				NAMA	LTD		
Apteker 1. Cara penggambaran obat-obatan yang efektif dan efisien 2. Penerimaan setiap obat-obatan yang diberikan 3. Penawaran dan obat-obatan yang akan diberikan dengan maksimal				Siswa mengerti Lakukan ulang Hal sama	Wawancara, Diskusi kelompok, Gomah, Demonstrasi	Leaflet Brosur, Lembar soal, Audiorecord Laser			Revisi Resistensi Siswa Mengerit	
Audiologi 1. Diagnosis dan tindakan audiologi				Siswa mengerti Lakukan ulang Hal sama	Wawancara, Diskusi kelompok, Gomah, Demonstrasi	Leaflet Brosur, Lembar soal, Audiorecord Laser			Revisi Resistensi Siswa mengerit	
Maintenance Syaraf (Nurse dan Perawat) 1. Maintenance Syaraf - Farmakologi - Non farmakologi				Siswa mengerti Lakukan ulang Hal sama	Wawancara, Diskusi kelompok, Gomah, Demonstrasi	Leaflet Brosur, Lembar soal, Audiorecord Laser			Revisi Resistensi Siswa mengerit	
Perawat 1. Pengetahuan perawatan 2. Perawatan dan cara perawatan di rumah 3. Perawatan dasar 4. Alat-alat yang perlu disiapkan di rumah 5. Keamanan penggunaan alat-alat kesehatan 6. Keamanan lingkungan rumah 7. Keamanan lingkungan perawatan di rumah 8. Cara cuci tangan yang benar				Siswa mengerti Lakukan ulang Hal sama	Wawancara, Diskusi kelompok, Gomah, Demonstrasi	Leaflet Brosur, Lembar soal, Audiorecord Laser			Revisi Resistensi Siswa mengerit	
Teknik Rehabilitasi a. Tetap okupas b. Fisioterapi c. Tetap waspada atau cedera d. Bimbingan psikologi e. Bimbingan pengasas sosial teknik f. Orthotik dan prostesis				Siswa mengerti Lakukan ulang Hal sama	Wawancara, Diskusi kelompok, Gomah, Demonstrasi	Leaflet Brosur, Lembar soal, Audiorecord Laser			Revisi Resistensi Siswa mengerit	

Gambar 5.6 Instrumen *discharge planning* saat pasien dirawat (lembar kedua)

Saat dirawat topik edukasi meliputi : asesmen edukasi (bahasa, kebutuhan penerjemah, pendidikan, kemampuan membaca, hambatan edukasi, hambatan emosional dan motivasi, kesediaan menerima informasi serta keyakinan dan nilai-nilai); hak dan kewajiban pasien; penjelasan tentang proses pemberian *informed consent*; penjelasan penyakit, penyebab, tanda dan gejala, prognosa; hasil pemeriksaan; penatalaksanaan penyakit dan rencana asuhan; penjelasan komplikasi yang mungkin terjadi; hasil asuhan dan pengobatan yang diharapkan; hasil asuhan yang tidak diharapkan; kemungkinan alternatif tindakan; kemungkinan hasil yang tidak terduga; kemungkinan hasil tidak dilakukan tindakan; cara penggunaan obat-obatan yang efektif dan aman; potensi efek samping obat-obatan yang diberikan; potensi interaksi obat dengan obat dan atau dengan makanan; program diet dan nutrisi; manajemen nyeri (farmakologi dan non farmakologi); pencegahan resiko jatuh; penanganan dan cara perawatan di rumah; perawatan luka; alat-alat yang perlu disiapkan di rumah; keamanan penggunaan alat-alat kesehatan; keamanan lingkungan bermain; keamanan lingkungan perawatan di rumah; cara cuci tangan yang benar; terapi okupasi; fisioterapi; terapi wicara dan atau menelan; bimbingan psikologi; bimbingan petugas sosial medik; orthostic dan protestik.

 RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA KAMPUS C UNAIR SURABAYA		LABEL PASIEN Patient Label
LEMBAR INSTRUKSI PASIEN PULANG		
Dilisi oleh Perawat / Bidan dan Dietitian		
Tanggal MRS :		Tanggal KRS :
Diagnosa MRS :		Diagnosa KRS :
A. Lanjutan perawatan di rumah		
B. Aturan Diet/Nutrisi		
C. Aktivitas dan istirahat		
Hasil Lab, foto, ECG, surat keterangan istirahat :		
Saat datang : <input type="checkbox"/> lembar <input type="checkbox"/> lembar <input type="checkbox"/> lembar		Saat Pulang : <input type="checkbox"/> lembar <input type="checkbox"/> lembar <input type="checkbox"/> lembar
Lain-lain :		
Surabaya,		
Dietitian	Perawat/bidan	Pasien/Keluarga
(.....)	(.....)	(.....)


LEMBAR INSTRUKSI PASIEN PULANG

Gambar 5.9 Instrumen *discharge planning* saat akan krs

Saat akan keluar rs topik edukasi meliputi : tanggal mrs dan krs; diagnosa mrs dan krs; lanjutan perawatan di rumah; aturan diet/nutrisi; aktivitas dan istirahat; jumlah hasil lab, Foto, ECG, surat keterangan saat datang dan saat pulang.

RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA KAMPUS C UNAIR SURABAYA								LABEL PASIEN Patient Label				
INSTRUKSI : Beri tanda check list (√) pada kotak yang sesuai (dapat lebih dari satu sesuai kebutuhan pasien dan keluarga)												
ASESMEN EDUKASI	Bahasa :	<input type="checkbox"/> Indonesia	<input type="checkbox"/> Inggris	Daerah.....				<input type="checkbox"/> Lain-lain				
	Kebutuhan Penterjemah :	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak									
	Keterbatasan Fisik dan Kognitif :	<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Penglihatan terganggu	Kognitif terbatas								
		<input type="checkbox"/> Fisik lemah	<input type="checkbox"/> Pendengaran terganggu	Gangguan bicara								
Hambatan Emosional & Motivasi :	<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Sedih	Marah		<input type="checkbox"/> Senang	Depresi						
Kesediaan menerima informasi :	<input type="checkbox"/> Bersedia	<input type="checkbox"/> Tidak bersedia										
EDUKASI AWAL MASUK RS												
Diisi oleh Admisi/Dokter/Perawat/Bidan/Ahli Gizi/Apoteker												
PROFESI	TOPIK EDUKASI	WAKTU			PEMAHAMAN AWAL (4)	METODE EDUKASI (5)	KETERANGAN (6)	SARANA EDUKASI (7)	PASIEN/KELUARGA		EDUKATOR	
		TGL EDUKASI (1)	DURASI (2)	FREKUENSI (3)					NAMA (8)	TTD (9)	NAMA (10)	TTD (11)
Admisi	1. Hak dan kewajiban pasien dan keluarga											
	2. General consent & pelepasan informasi											
	3. Fasilitas, jam berkunjung, penunggu											
	4. Administrasi											
Perawat	1. Perkenalan diri											
	2. Perkenalan PJ Unit, PPJA, PA, DPJP, PPA lain											
	3. Perkenalan klien yang sekamar											
	4. Penjelasan 6 langkah & 5 waktu cuci tangan											
	5. Pencegahan jatuh											
Dokter	1. Diagnosa medis, penyebab, gejala, prognosis											
	2. Tanda dan gejala, komplikasi											
	3. Terapi											


Gambar 5.10 Pengembangan Instrumen *discharge planning* Saat Awal Masuk RS

 RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA KAMPUS C UNAIR SURABAYA		LABEL PASIEN Patient Label										
EDUKASI SAAT PERAWATAN												
Diisi oleh Admisi/Dokter/Perawat/Ahli Gizi/Apoteker												
PROFESI	TOPIK EDUKASI	WAKTU			PEMAHAMAN AWAL (4)	METODE EDUKASI (5)	KETERANGAN (6)	SARANA EDUKASI (7)	PASIEN/KELUARGA		EDUKATOR	
		TGL EDUKASI (1)	DURASI (2)	FREKUENSI (3)					NAMA (8)	TTD (9)	NAMA (10)	TTD (11)
Dokter	1. Perkembangan kondisi											
	2. Manajemen gejala											
	3. Faktor risiko											
Apoteker	1. Terapi yang diberikan, indikasi											
	2. Efek samping dan interaksi obat											
Perawat	1. Faktor psikologi											
	2. Aktivitas saat dirawat											
Ahli gizi	1. Program diet											
	2. Makanan pantangan & anjuran											
	Lain-lain											
											
											
											

Gambar 5.11 Pengembangan Instrumen *Discharge Planning* Saat Dirawat

Asesmen edukasi pada instrumen *discharge planning* terdapat penyederhanaan yaitu pada : pendidikan pasien; kemampuan membaca; hambatan edukasi serta keyakinan dan nilai-nilai. Pengembangan instrumen *discharge planning* saat awal masuk terdapat penambahan topik edukasi yang dilakukan oleh admisi meliputi : *general consent* dan pelepasan informasi; fasilitas, jam berkunjung, penunggu; administrasi. Kemudian topik edukasi pengenalan yang dilakukan oleh perawat ditambahkan pencegahan jatuh. Topik edukasi oleh dokter meliputi : diagnosa medis, penyebab, gejala, prognosa; tanda dan gejala, komplikasi; terapi.

Topik edukasi saat dirawat meliputi : perkembangan kondisi; manajemen gejala; faktor risiko dimana akan dijelaskan oleh dokter. Apoteker akan memberikan edukasi mengenai terapi dan indikasi; efek samping dan interaksi obat. Perawat akan mengedukasi terkait psikis klien dan aktivitas saat dirawat. Ahli gizi akan mengedukasi terkait program diet dan makanan anjuran dan pantangan.

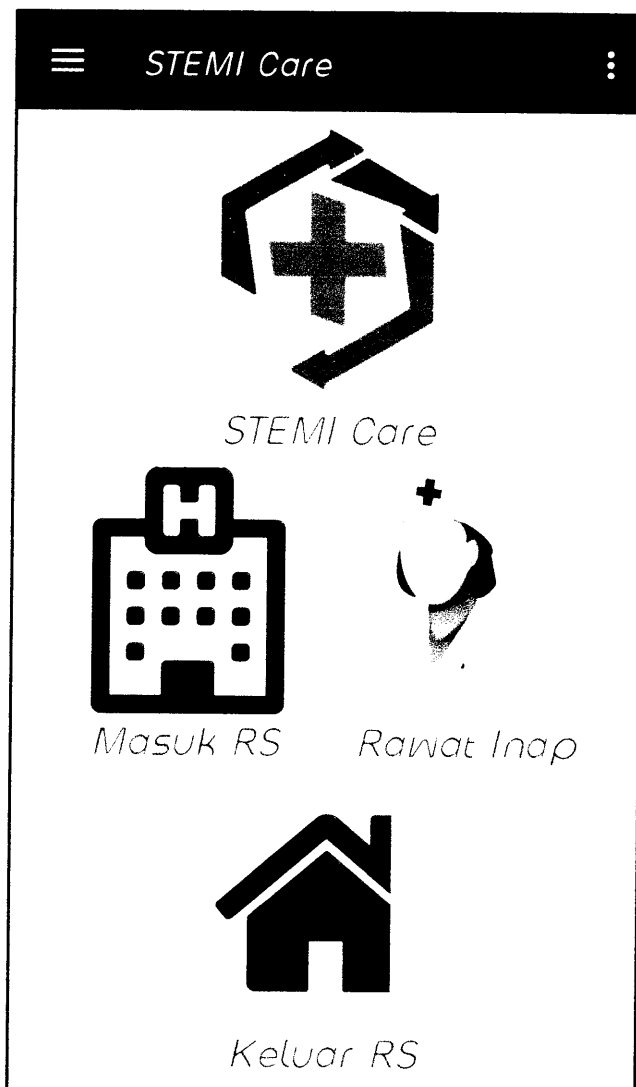
 RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA KAMPUS C UNAIR SURABAYA		LABEL PASIEN Patient Label
LEMBAR INSTRUKSI PASIEN PULANG		
Diisi oleh Perawat / Bidan dan Dietitian		
Tanggal MRS :		Tanggal KRS :
Diagnosa MRS :		Diagnosa KRS :
A. <i>Medication</i> (Obat-obatan)		
.....		
B. <i>Environment</i> (dukungan lingkungan)		
.....		
C. <i>Treatment</i> (Perawatan lanjutan)		
.....		
D. <i>Health</i> (memelihara kesehatan, mencegah kekambuhan)		
.....		
E. <i>Outpatient Referral</i>		
.....		
F. <i>Diet</i>		
.....		
Hasil Lab, Foto, ECG, surat keterangan istirahat :		
Saat datang :		Saat Pulang :
<input type="checkbox"/> lembar	<input type="checkbox"/> lembar	<input type="checkbox"/> lembar
<input type="checkbox"/> lembar	<input type="checkbox"/> lembar	<input type="checkbox"/> lembar
<input type="checkbox"/> lembar	<input type="checkbox"/> lembar	<input type="checkbox"/> lembar
Surabaya,		
Dietitian	Apoteker	Perawat/bidan
(.....)	(.....)	(.....)
	Pasien/Keluarga	(.....)

Gambar 5.12 Pengembangan Instrumen *Discharge Planning* Akan Keluar RS

Saat akan keluar rs topik edukasi meliputi METHOD yaitu *medication* (obat-obatan), *environment* (dukungan lingkungan sekitar), *treatment* (perawatan lanjutan), *health* (pemeliharaan kesehatan, pencegahan kekambuhan), *outpatient referral* (kontrol) dan *diet* (nutrisi) yang akan dijelaskan oleh perawat, apoteker dan ahli gizi.

5.2.5 Tampilan aplikasi *discharge planning* berbasis teori transisi

1) Tampilan awal



Gambar 5.13 Tampilan awal aplikasi *discharge planning*

Gambar 5.13 merupakan tampilan awal aplikasi *discharge* STEMI yaitu aplikasi perencanaan pulang klien STEMI berbasis teori transisi menggunakan sistem android. Pengguna aplikasi akan melihat tampilan ini sesaat setelah menginstal aplikasi dan membuka aplikasi ini pertama kali. Ada tiga menu besar pada tampilan awal.

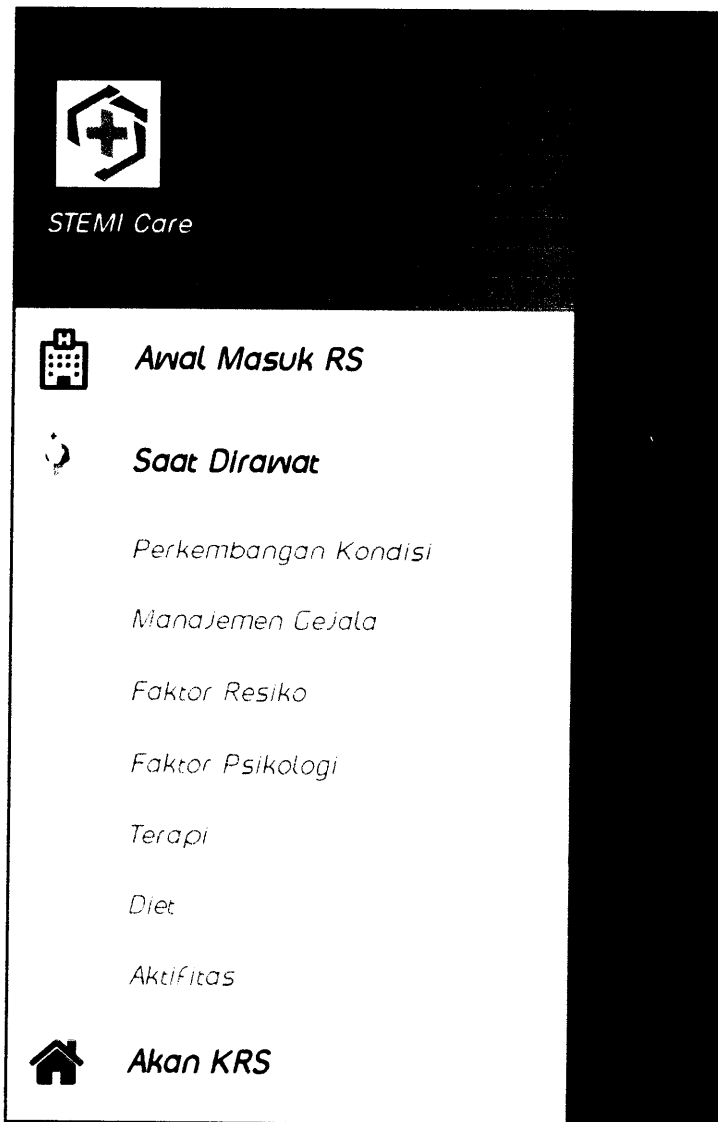
2) Tampilan saat awal masuk rs



Gambar 5.14 Tampilan edukasi saat awal mrs

Gambar 5.14 merupakan tampilan edukasi saat klien awal masuk rs. Ada empat submenu, yaitu pengenalan, peraturan, penyakit dan video cuci tangan. Setiap submenu sudah disesuaikan dengan instrumen yang telah dikembangkan.

3) Tampilan saat dirawat



Gambar 5.15 Tampilan edukasi saat dirawat

Edukasi saat klien dirawat meliputi 7 submenu, yaitu perkembangan kondisi, manajemen gejala, faktor risiko, faktor psikologi, terapi, diet dan aktivitas. Hal tersebut akan dijelaskan oleh profesi terkait.

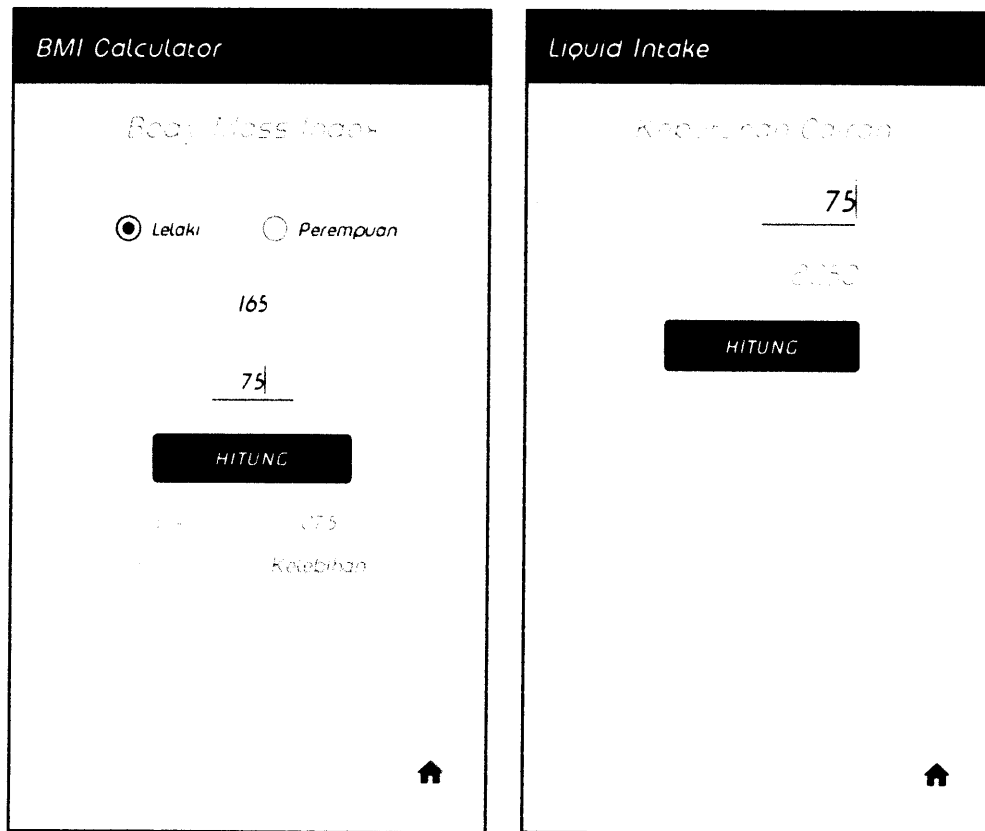
4) Tampilan saat akan krs



Gambar 5.16 Tampilan edukasi saat akan krs

Edukasi saat klien akan keluar rs meliputi 6 submenu yaitu : *medication, environment, threatment, health, outpatient referral, dan diet.*

5) Kalkulator



Gambar 5.17 Tampilan kalkulator

Kalkulator merupakan fitur tambahan meliputi penghitungan BMI (*body mass index*) atau indeks massa tubuh dan kebutuhan cairan untuk klien STEMI. Indeks massa tubuh merupakan salah satu cara untuk mengetahui rentang berat badan ideal berdasarkan berat dan tinggi badan dengan harapan sebagai peringatan terhadap risiko gangguan kesehatan. Kebutuhan cairan untuk klien STEMI penting untuk diukur agar tidak dehidrasi atau over hidrasi yang meningkatkan kerja jantung.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan pembahasan hasil penelitian dikaitkan dengan sumber pustaka kemudian dinarasikan dalam bentuk opini. Pembahasan dibagi menjadi sub bab sesuai dengan tujuan khusus penelitian.

6.1 Evaluasi Instrumen *Discharge Planning* dan Pengetahuan Klien

Instrumen *discharge planning* yang berisi topik edukasi yang diberikan kepada klien dan keluarga telah sesuai dengan SNARS. Topik edukasi diambil dari beberapa pokja yaitu : ARK, HPK, MKE, AP dan PAP. Instrumen *discharge planning* dibagi menjadi tiga yaitu saat awal masuk rs, saat dirawat dan saat akan keluar rs. Saat awal masuk rs klien diperkenalkan tentang 3P (perkenalan, peraturan dan penyakit). Perkenalan meliputi perkenalan dengan PPA terkait dan lingkungan rumah sakit, pengetahuan tentang cuci tangan. Peraturan meliputi penjelasan tentang hak dan kewajiban, fasilitas dan pembiayaan. Penyakit meliputi penjelasan tentang penyakit klien. Saat dirawat klien dilakukan asesmen edukasi; penjelasan tentang perkembangan kondisi klien; pemeriksaan; obat-obatan; diet; manajemen nyeri; perawatan di rumah dan rehabilitasi. Saat akan keluar rs klien dijelaskan tentang lanjutan perawatan di rumah; diet dan aktivitas yang terangkum dalam METHOD (*medication, environment, treatment, health, outpatient referral, diet*)

Pelaksanaan edukasi merupakan hal yang kurang optimal dilakukan oleh PPA terkait, meski demikian edukasi tetap harus dilakukan. Saat diputuskan masuk rs, klien dan keluarga dijelaskan tentang sakit dan indikasi masuk rs, selanjutnya keluarga akan mengurus administrasi dimana akan dijelaskan tentang lokasi kamar dan fasilitas. Kemudian klien dan keluarga akan menuju ruang rawat inap dimana akan diberikan edukasi tentang penerimaan pasien baru (PPB). PPB sekaligus berfungsi sebagai *admission orientation*. Di rawat inap klien akan bertemu dengan beberapa tenaga medis : DPJP, PPJA, apoteker dan ahli gizi dimana mereka akan memberikan edukasi sesuai dengan bidang keilmuan.

Dalam ARK dijelaskan jika klien diputuskan untuk masuk rs maka akan dijelaskan tentang rencana asuhan, hasil asuhan yang diharapkan dan perkiraan biaya. Standar HPK 5 menjelaskan saat klien mendaftar rawat jalan dan setiap rawat inap diminta menandatangani persetujuan umum (*general consent*) serta penjelasan mengenai tindakan yang berisiko tinggi yang memerlukan persetujuan khusus (*informed consent*). Standar HPK 2 menjelaskan bahwa klien dan keluarga diberikan informasi tentang kondisi klinis, perkembangan asuhan, pemeriksaan serta prosedur tindakan yang membutuhkan persetujuan, informasi tentang diagnosis; kondisi klien; tindakan yang diusulkan; tata cara dan tujuan tindakan; manfaat dan risiko tindakan; nama orang yang mengerjakan tindakan; kemungkinan alternatif tindakan; prognosis dari tindakan; kemungkinan hasil yang tidak terduga;

serta kemungkinan hasil bila tidak dilakukan tindakan. Dalam standar PAP 2 dijelaskan tentang perencanaan pemulangan/*discharge planning* yang terintegrasi dengan melibatkan banyak PPA dengan DPJP sebagai *clinical team leader* dan melibatkan dan memberdayakan klien dan keluarga (KARS, 2019)

Hasil dari suatu penelitian menunjukkan sebagian besar pelaksanaan edukasi pada klien/keluarga dilaksanakan pada hari dimana klien akan pulang dan sebagian besar dokumentasi terhadap *discharge planning* dilakukan pada 72 jam pertama setelah masuk rs (Kareem, Lindo and Stennett, 2019). Kelalaian dalam dokumentasi yang tepat tentang pendidikan klien bertentangan dengan pedoman proses keperawatan (George, 2011). Pelaksanaan *discharge planning* sebaiknya dengan pendekatan kolaboratif yang komprehensif untuk memastikan pengajaran yang memadai dan perencanaan pemulangan klien, mengurangi konsekuensi kesehatan dan beban ekonomi yang ditimbulkan oleh penyakit tidak menular (Rosen, 2017).

Organisasi kesehatan di Amerika mempunyai kebijakan untuk memastikan perbaikan dalam proses pendidikan/pemulangan klien. Proses ini meliputi formulir yang terstruktur untuk memandu tindakan dan keputusan petugas kesehatan terkait dengan proses transisi. Program ini khusus diarahkan pada pelatihan staf, kolaborasi interdisipliner (termasuk pekerja sosial dan apoteker) dan integrasi perawatan lanjutan dalam layanan harus dipertimbangkan (Rosen, 2017).

Kontinuitas asuhan saat klien di rawat inap memerlukan persiapan dan pertimbangan khusus bagi sebagian klien termasuk kebutuhan biopsikososial seperti *discharge planning*. Rencana pulang termasuk edukasi dan latihan keterampilan khusus yang mungkin dibutuhkan klien dan keluarga untuk kontinuitas asuhan diluar rumah sakit. Kontinuitas asuhan pasca rawat inap akan berhasil bila perencanaan pulang/*discharge planning* dilakukan secara terintegrasi. Alur klien di rumah sakit mulai dari admisi sampai pulang melibatkan beberapa PPA, diberikan pelayanan yang berfokus pada pasien (*Patient Centered Care-PCC*) yaitu : keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga (sesuai dengan konsep teori transisi); DPJP sebagai ketua tim asuhan pasien oleh PPA; PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional dibantu PPK, panduan asuhan PPA lain, *Clinical Pathway* terintegrasi, algoritme, protokol, prosedur, *Standing Order* dan CPPT; *discharge planning* terintegrasi; asuhan gizi terintegrasi dan manajer pelayanan pasien/*case manager* (KARS, 2019).

Pelaksanaan pendokumentasian *discharge planning* belum optimal karena belum adanya panduan pelaksanaan dan dokumentasi *discharge planning*. Mayoritas PPA kurang paham tentang topik dokumentasi yang akan disampaikan kepada klien dan keluarga, sehingga mereka melakukan edukasi sesuai dengan persepsi dan tingkat pemahaman yang mereka miliki dimana hal ini belum tentu seragam dan optimal.

Secara umum pengetahuan klien mayoritas ada pada kategori cukup. Mayoritas responden telah menjalani PCI sebelumnya, mereka rata-rata telah mengalami keluhan sekitar 1-2 tahun, ini berarti responden sudah pernah mendapatkan edukasi mengenai STEMI sebelumnya. Namun mayoritas responden kurang memahami hal yang bersifat khusus seperti jumlah cairan yang dibutuhkan, manfaat diet tinggi serat, nama obat (indikasi dan kontraindikasi), kondisi lingkungan tempat tinggal yang berhubungan dengan STEMI dan pencegahan STEMI dengan olahraga.

Kontinuitas pelayanan akan terlaksana jika klien dan keluarga memahami dan menguasai keterampilan perawatan lanjutan di rumah yang diberikan oleh multidisiplin profesi. Sehingga perlu dilakukan *discharge planning* yang optimal dengan terlebih dahulu menyesuaikan instrumen (topik) edukasi terhadap klien dan keluarga. Hal ini dilakukan dengan merevisi instrumen *discharge planning* agar dapat dipahami oleh PPA terkait dan tidak menyimpang dari SNARS.

6.2 Pengembangan Instrumen *Discharge Planning* Berbasis Teori Transisi pada klien STEMI di Ruang Rawat Inap RS Universitas Airlangga

Pengembangan instrumen dilakukan berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) oleh KARS yang dilaksanakan berbasis teori transisi. Instrumen *discharge planning* yang digunakan di Instalasi Rawat Inap RS Universitas Airlangga saat ini ada tiga, yaitu lembar

penerimaan pasien baru, formulir edukasi pasien dan keluarga terintegrasi dan lembar instruksi pasien pulang.

SNARS telah memberikan panduan perencanaan pulang pasien dan kesinambungan pelayanan yaitu pelayanan berfokus pada pasien dalam bentuk asuhan pasien terintegrasi dari masing-masing PPA meliputi : keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga; DPJP sebagai *clinical leader*; PPA sebagai tim interdisiplin berkolaborasi dibantu dengan PPK, *Clinical Pathway* terintegrasi, algoritme, protokol, prosedur, *standing order* dan CPPT; perencanaan pemulangan pasien, asuhan gizi terintegrasi dan manajer pelayanan pasien (KARS, 2019). Saat sedang dirawat pasien dijelaskan tentang kondisi kesehatan saat ini, harapan saat di rumah, penggunaan obat, keterampilan khusus selama di rumah. Saat akan pulang klien dan keluarga dijelaskan tentang perawatan sehari-hari dan kelanjutan perawatan saat di rumah (O'Hara, Baxter and Hardicre, 2020).

Suatu penelitian menunjukkan bahwa klien yang dirawat di bangsal (medis atau jantung) diberikan obat : aspirin, beta blocker, clopidogrel, statin dan ACE inhibitor (ACEi). Jika tidak dilakukan PCI atau CABG, maka akan diberikan pengobatan sebagai berikut : nitrat, ACEI, beta blocker, simvastatin clopidogrel dan untuk aspirin) dan diberikan edukasi mengenai gaya hidup, konseling medis, manajemen komorbiditas, modifikasi faktor risiko, saran kegiatan sehari-hari, rujukan dan rehabilitasi jantung (Bahall *et al.*, 2019).

Penelitian di RS tipe B di Jamaika menunjukkan topik edukasi yang diberikan adalah obat-obatan, keselamatan pasien, proses penyakit, dan rencana perawatan (Lindo *et al.*, 2016). Penelitian lain menunjukkan dampak intervensi apoteker (rekonsiliasi obat, rekomendasi terapeutik, edukasi saat akan pulang, dan tindak lanjut) terhadap transisi perawatan dan tingkat readmisi 30 hari berkurang dari 40,0% dalam perawatan biasa menjadi 27,9% pada kelompok intervensi (Lisenby, Carroll and Pinner, 2015).

Instrumen *discharge planning* digunakan sebagai sarana untuk memberikan edukasi kepada klien dan keluarga sehingga dapat melanjutkan perawatan di rumah. Keterlibatan serta pemberdayaan klien dan keluarga dalam asuhan bersama PPA harus memastikan bahwa rencana asuhan diberikan kepada tiap klien (KARS, 2019). Pemberian asuhan kepada klien dilakukan secara terintegrasi oleh PPA yang meliputi dokter, perawat, apoteker, ahli gizi (KARS, 2019). Hasil dari suatu penelitian menunjukkan bahwa *discharge planning* dengan konseling medikasi memiliki pengaruh dalam mengurangi keseluruhan readmisi dan jumlah kunjungan IGD (Aniemeke *et al.*, 2017). Suatu studi di Amerika menunjukkan bahwa kombinasi dari evaluasi, inovasi proses dan komunikasi tim kesehatan tentang pemulangan klien serta mendesain ulang proses komunikasi dengan fokus keterlibatan tim interprofesional dan konten komunikasi berkontribusi pada pengurangan readmisi klien dari 18,4% menjadi 12% (Opper *et al.*, 2019).

Pengembangan instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi merupakan salah satu bentuk asuhan kepada klien. Instrumen *discharge planning* ini diharapkan dapat meningkatkan integrasi dalam memberikan asuhan pelayanan kepada klien. Penggunaan instrumen *discharge planning* yang sesuai standar SNARS juga diharapkan dapat meningkatkan kelengkapan dokumentasi dan kualitas pelayanan. Penyederhanaan format dokumentasi *discharge planning* dilakukan namun tidak menghilangkan kaidah dari KARS dan diikuti pembuatan petunjuk teknis edukasi klien dengan STEMI melalui aplikasi *discharge planning* berbasis teori transisi.

6.3 Validitas Instrumen *Discharge Planning* Berbasis Teori Transisi pada klien STEMI di Ruang Rawat Inap RS Universitas Airlangga

Uji validitas instrumen dilakukan dengan menilai *Individul Content Validity Index* (I-CVI). Penilaian ini dilakukan oleh tiga orang pakar yang ahli dibidang penyusunan *discharge planning* di RS Universitas Airlangga. Penilaian ini dilakukan untuk menilai setiap item dalam instrumen *discharge planning*.

Ada dua hal yang perlu diperhatikan dalam penyusunan instrumen. Prinsip penyusunan instrumen yaitu validitas dan reliabilitas (Nursalam, 2017). Prinsip validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam mengumpulkan data. Instrumen harus dapat mengukur apa yang seharusnya diukur. Validitas lebih menekankan pada alat pengukur/pengamatan. Ada 2 hal penting yang harus dipenuhi

dalam menentukan validitas pengukuran yaitu relevan isi instrumen (isi instrumen harus disesuaikan dengan tujuan agar dapat mengukur apa yang seharusnya diukur) dan relevan sasaran subjek dan cara pengukuran (instrumen yang disusun harus dapat memberikan gambaran terhadap perbedaan subjek penelitian) (Sugiono, 2019).

Instrumen yang baik adalah instrumen yang teruji validitas dan reliabilitasnya. Oleh karena itu dalam proses penyusunan sangat penting untuk mempertahankan isi dari instrumen apakah mampu untuk mengukur apa yang seharusnya diukur dan hasil pengukuran tersebut mampu memberikan informasi yang akurat.

6.4 Aplikasi Instrumen *Discharge Planning* Berbasis Teori Transisi

Instrumen aplikasi *discharge planning* dikembangkan baik metode maupun isinya. Metode yang digunakan adalah aplikasi berbasis android. Aplikasi *discharge planning* didesain untuk *mobile phone* dengan *Operating System* (OS) minimal 5. Pelaksanaan *discharge planning* dimulai saat klien masuk rs, dilanjutkan saat dirawat dan saat akan keluar rs didasarkan pada teori transisi dimana keterlibatan klien dan keluarga sangat penting.

Ada tiga menu besar pada tampilan awal aplikasi yaitu masuk rs, rawat inap dan keluar rs. Pelaksanaan edukasi mulai dari awal masuk rs sampai keluar rs menitikberatkan pada keterlibatan klien dan keluarga sehingga akan terbentuk “awareness” atau kesadaran terhadap diri sendiri dan orang lain yang akan menumbuhkan “engagement” atau keterlibatan.

Edukasi kepada klien dan keluarga diberikan secara bertahap oleh PPA mengenai topik edukasi sesuai waktu. Keterlibatan terhadap proses edukasi distimulus dengan menanyakan informasi yang telah didapatkan dan melibatkan klien dan atau keluarga pada penghitungan BMI dan kebutuhan cairan. Adanya keterlibatan klien dan keluarga diharapkan dapat membawa suatu perubahan identitas, peran, hubungan, kemampuan dan perilaku (Schumacher & Meleis, 1994 dalam Alligood, 2010). Perubahan yang terjadi merupakan suatu rentang waktu yang dimulai dari titik awal yang bergerak melalui periode instabilitas, kebingungan, distress yang menghasilkan suatu awal baru atau periode stabilitas dimana ditandai oleh suatu titik tertentu (berkaitan dengan peningkatan kesadaran terhadap perubahan, perasaan seimbang pada jadwal baru, kompetensi, gaya hidup, perilaku perawatan diri yang baru) (Alligood, 2010).

Pengembangan aplikasi *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI didesain sejak awal masuk rs dengan menambahkan beberapa topik edukasi dan penyederhanaan topik edukasi agar mudah digunakan oleh PPA, efisien dan efektif namun tetap sesuai standar SNARS. Aplikasi ini berupa materi edukasi dasar yang seharusnya diketahui oleh klien dan keluarga mulai saat masuk rs sampai akan keluar rs dengan ditambah fitur tambahan mengenai penghitungan BMI (*body mass index*) dan penghitungan kebutuhan cairan. Aplikasi ini juga dilengkapi dengan video cuci tangan sesuai standar WHO. Dengan aplikasi ini diharapkan

dapat mempermudah PPA dalam memberikan edukasi kepada setiap klien dengan STEMI.

6.5 Temuan Penelitian

Hasil analisis perbandingan dari setiap komponen pada instrumen *discharge planning* yang ditunjukkan pada tabel sebagai berikut :

Tabel 6.1 Hasil analisis perbandingan dari setiap komponen pada instrumen *discharge planning*

No	Standar instrumen <i>discharge planning</i>	Instrumen yang lama	Instrumen yang baru
1	Standar isi <i>discharge planning</i>	Item edukasi disesuaikan dengan SNARS	<ul style="list-style-type: none"> • Item edukasi disesuaikan dengan SNARS dan teori transisi. • Edukasi saat awal masuk rs meliputi 3P (Perkenalan, Peraturan dan Penyakit); saat dirawat meliputi informasi tentang kondisi dan keterampilan yang diperlukan dan saat akan krs meliputi METHOD (<i>medication, environment, treatment, health, outpatient referral, diet</i>)
2	Standar pengesahan <i>discharge planning</i>	Tidak semua PPA melakukan pengesahan pada form akan krs	Semua PPA yang melakukan edukasi memberikan pengesahan
3	Standar pelaksanaan waktu (<i>timeline discharge planning</i>)	Belum ada unsur frekuensi	Sudah ada unsur frekuensi

6.6 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini antara lain adalah:

- 1) Wabah Covid-19 menyebabkan perubahan metode penelitian sehingga peneliti tidak dapat melanjutkan penelitian sesuai rencana. Rencana awal penelitian dilakukan dalam dua tahap, dengan adanya wabah Covid-19 menyebabkan penelitian hanya bisa dilakukan satu tahap meliputi evaluasi instrumen *discharge planning* sampai melakukan pengembangan dan membuat aplikasi serta modul.
- 2) Pada penelitian ini tidak dapat dilakukan uji reliabilitas instrumen karena klien STEMI hampir tidak ada yang masuk rumah sakit akibat wabah Covid-19, selain itu perawat diperbantukan untuk perawatan pasien dengan covid 19.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Hasil penelitian yang telah dilakukan di Instalasi Rawat Inap RS Universitas Airlangga Surabaya pada bulan Desember 2019 hingga Maret 2020, dapat disimpulkan:

1. *Discharge planning* di RS Universitas Airlangga dilakukan sejak klien masuk rs, ketika dirawat dan akan keluar rs. Pelaksanaan *discharge planning* berada pada kategori baik saat awal masuk rs, cukup pada saat dirawat dan kurang pada saat akan keluar rs. Pengetahuan klien mayoritas dalam kategori cukup.
2. Evaluasi instrumen *discharge planning* pada standar judul, isi, pengesahan dan waktu pelaksanaan sebagian besar sudah sesuai dengan standar SNARS. Pengembangan instrumen pada standar isi (topik edukasi) dan standar waktu pelaksanaan adalah untuk memenuhi standar instrumen yaitu SME (sesuai standar, mudah, efisien dan efektif). Instrumen yang dikembangkan adalah penambahan topik edukasi pada saat dirawat serta penyesuaian topik edukasi saat akan keluar rs menjadi METHOD (*medication, environment, treatment, health, outpatient referral, diet*)
3. Pengembangan instrumen *discharge planning* telah memenuhi syarat instrumen yang baik yaitu valid.

4. Pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* menghasilkan media yang digunakan sebagai panduan bagi PPA dalam melaksanakan *discharge planning* yang efektif dan efisien sejak klien masuk rs sampai klien akan keluar rs. Aplikasi ini terdiri atas menu masuk rs, rawat inap dan keluar rs serta di dalamnya terdapat submenu kalkulator untuk penghitungan *body mass index* dan kebutuhan cairan. Penggunaan aplikasi ini diinstal pada smartphone berbasis android.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi manajemen rumah sakit

Melalui tim PKRS, bidang keperawatan, komite medis, komite keperawatan dan komite profesi lain perlu untuk membuat kurikulum edukasi terhadap suatu penyakit, dalam hal ini STEMI agar memudahkan PPA dalam mengedukasi agar meningkatkan pengetahuan dan kepuasan klien.

7.2.2 Bagi PPA (Profesional Pemberi Asuhan)

Melaksanakan edukasi mulai klien awal masuk sampai akan krs dengan menggunakan *guideline* aplikasi instrumen tersebut.

7.2.3 Bagi peneliti selanjutnya

Perlu dikembangkan aplikasi *discharge planning* yang dapat diakses oleh klien sebagai bentuk kontinuitas asuhan pasca krs yang memungkinkan perawat dapat memberikan respon jarak jauh.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. R. (2010) *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. Singapore: Elsevier Ssingapore.
- Andrew, N. E. *et al.* (2017) 'The Quality of Discharge Care Planning in Acute Stroke Care: Influencing Factors and Association with Postdischarge Outcomes', *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. Elsevier Inc., pp. 1–8. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.09.043.
- Aniemeke, E. *et al.* (2017) 'Clinical Pharmacy Discharge Counseling Service and the Impact on Readmission Rates in High-Risk Patients', *Hospital Pharmacy*. doi: 10.1177/0018578717715355.
- Arikunto and Suharsimi (2012) *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Asmuji, A., Faridah, F. and Handayani, L. T. (2018) 'Implementation of Discharge Planning in Hospital Inpatient Room by Nurses', 13(1).
- Bahall, M. *et al.* (2019) 'Medical care of acute myocardial infarction patients in a resource limiting country , Trinidad : a cross-sectional retrospective study'. *BMC Health Services Research*, 2, pp. 1–11.
- Bilotta, K. A. . (2009) *Kapita Selektta Penyakit dengan Implikasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Bobay, K. L. *et al.* (2018) 'Validation of the Registered Nurse Assessment of Readiness for Hospital Discharge Scale', *Nursing Research*, 67(4), pp. 305–313. doi: 10.1097/NNR.0000000000000293.
- Bowles, K. H. *et al.* (2014) 'Impact of Discharge Planning Decision Support on Time to Readmission Among', 19(1), pp. 29–38. doi: 10.1097/01.PCAMA.0000438971.79801.7a.
- Bowles, K. H. *et al.* (2018) 'Using a Decision Support Algorithm for Referrals to Post-Acute Care', *Journal of the American Medical Directors Association*. Elsevier Inc., pp. 2–7. doi: 10.1016/j.jamda.2018.08.016.
- Cadilhac, D. A. *et al.* (2017) 'Improving discharge care : the potential of a new organisational intervention to improve discharge after hospitalisation for acute stroke , a controlled before – after pilot study', pp. 1–10. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016010.
- Champion, A. C. (2014) 'Tutorial: Setup for Android Development • Getting Started', 2221, pp. 1–34.
- Chen, G. *et al.* (2019) 'A transition care coordinator model reduces hospital readmissions and costs', 81(April), pp. 55–61. doi: 10.1016/j.cct.2019.04.014.

- Farrel, M. (2017) *Textbook of Medical-Surgical Nursing Volume 1*. New Zealand: Lippincott Williams & Wilkins Pty Ltd.
- George, B. J. (2011) *Nursing Theories: The Base For Professional Practise*. Pearson Ed. NJ: Upper Saddle River.
- Haseman, C. and Grant, K. (2014) 'Beginning Android Programming Beginning Android Programming'.
- Kareem, K. A., Lindo, J. L. M. and Stennett, R. (2019) 'Medical-surgical nurses' documentation of client teaching and discharge planning at a Jamaican hospital', (407), pp. 1–8. doi: 10.1111/inr.12487.
- KARS (2019) *STANDAR NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT*. 1.1. Jakarta: KARS.
- KEMENKES (2018) *Hasil Utama Riskesdas tentang Prevalensi Penyakit Jantung Koroner di Indonesia 2018*. Indonesia: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI (2011) *Diet Penyakit Jantung*.
- Lindo, J. *et al.* (2016) 'An Audit of Nursing Documentation at Three Public Hospitals in Jamaica', *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), pp. 499–507. doi: 10.1111/jnu.12234.
- Lisenby, K. M., Carroll, D. N. and Pinner, N. A. (2015) 'Original Article', 50(September), pp. 700–709. doi: 10.1310/hpj5008-700.
- La Manna, J. B., Bushy, A. and Gammonley, D. (2018) 'Post-hospitalization experiences of older adults diagnosed with diabetes: "It was daunting!"', *Geriatric Nursing*. Elsevier Inc, 39(1), pp. 103–111. doi: 10.1016/j.gerinurse.2017.07.005.
- Meleis, A. I. (2010) *Transitions Theory - midle range and situation specific theories in nursing research and practice*, Springer Publishing Company. New York. doi: 10.1300/J018v25n03_05.
- Mennuni, M. *et al.* (2017) 'ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards', 19, pp. 244–255. doi: 10.1093/eurheartj/sux011.
- Miere, Reto (2012) *Profesional Android Application Development*. Indianapolis: Jhon Wiley & Son.
- Miere, R (2012) *Professional Android Application Development*. Indianapolis: John Wiley & Son.
- Mitchell, S. E. *et al.* (2015) 'How Hospitals Reengineer Their Discharge Processes to Reduce Readmissions', pp. 116–126.
- Murphy, M. (2015) 'Android Programming, Network Security'. doi:

10.1016/S1353-4858(15)30108-2.

- Nimodia, C. and Deshmukh, H. R. (2012) 'ANDROID OPERATING SYSTEM', 3(1), pp. 10–13.
- Notoatmojo, S. (2007) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2010) *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam (2015) *Manajemen Keperawatan, Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. 5th edn. Edited by M. N. (Hons) Nursalam, Prof. Dr. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam (2017) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Edisi 4. Edited by P. P. Lestasi. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam (2020) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*. 5th edn. Jakarta: Salemba Medika.
- O'Hara, J. K., Baxter, R. and Hardicre, N. (2020) "'Handing over to the patient": A FRAM analysis of transitional care combining multiple stakeholder perspectives', *Applied Ergonomics*. Elsevier Ltd, 85(October 2019), p. 103060. doi: 10.1016/j.apergo.2020.103060.
- Opper, K. *et al.* (2019) 'Effects of Implementing a Health Team Communication Redesign on Hospital Readmissions Within 30 Days'. doi: 10.1111/wvn.12350.
- Perki (2016) *Panduan Praktik Klinis (PPK) dan Clinical Pathway (cp) Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah*. Edisi pert.
- Perki (2017) 'Panduan Tata Laksana Dislipidemia', *Jurnal Kardiologi Indonesia*.
- Perki (2018) 'Pedoman Tata Laksana Sindrom Koroner Akut', *Jurnal Kardiologi Indonesia*. Empat.
- Perki (2019) 'Panduan Rehabilitasi Kardiovaskular', Pertama.
- Potter, P. A. and Perry, A. G. (2005) 'Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik', *Jakarta: EGC*. doi: IOS3107-49534.
- Rosen, B. T. (2017) 'The Enhanced Care Program : Impact of a Care Transition Program on 30-day Hospital Readmissions for Clients Discharged from an Acute Care Facility to Skilled Nursing Facilities', *Journal of Hospital Medicine*.
- Smith, D. and Friesen, J. (2011) 'Android Recipes Android Recipes, Design'. doi: 10.1007/978-1-4302-3414-2.
- Sugiono (2019) *Metode Penelitian & Pengembangan*. 4th edn. Edited by

sofia yustiyani S. Bandung: Alfabeta.

- Sugiyono (2017) *Metode Penelitian dan Pengembangan Research and Development*. Edited by S. Y. Suryandari. Bandung: Alfabeta.
- Sullivan, J. L. *et al.* (2018) 'Evaluating the Implementation of Project Re-Engineered Discharge (RED) in Five Veterans Health Administration (VHA) Hospitals', *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. Elsevier Inc., pp. 1–11. doi: 10.1016/j.jcjq.2018.01.007.
- Sutoto and Lumenta, N. A. (2017) *Panduan Praktik Manajer Pelayanan Pasien-MPP (Case Manager)*. 2nd edn. Jakarta: KARS.
- Weibel, L. *et al.* (2014) 'of Cardiovascular Nursing'. doi: 10.1177/1474515114556713.
- Weiss, M. E. *et al.* (2015) 'A model for hospital discharge preparation: From case management to care transition', *Journal of Nursing Administration*, 45(12), pp. 606–614. doi: 10.1097/NNA.0000000000000273.
- Weiss, M. E. (2017) 'Discharge Teaching , Readiness for Discharge , and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children', 34(June).
- WHO (2017) *Cardiovascular diseases (CVDs) Cardiovascular diseases: (CVDs)*. Available at: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) (Accessed: 9 September 2019).
- Yusoff, M. S. B. (2019) 'ABC of Content Validation and Content Validity Index Calculation', 11(2), pp. 49–54. doi: 10.21315/eimj2019.11.2.6.

Lampiran 1**LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN
BAGI RESPONDEN PENELITIAN**

1. Judul Penelitian
Pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI di RS Universitas Airlangga Surabaya
2. Tujuan Penelitian
 - a. Tujuan Umum
Menyusun pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI di RS Universitas Airlangga Surabaya
 - b. Tujuan Khusus
 - 1) Mengidentifikasi *discharge planning* pada klien STEMI di ruang rawat inap RS Universitas Airlangga
 - 2) Mengidentifikasi pengetahuan klien dengan STEMI di ruang rawat inap RS Universitas Airlangga
3. Manfaat Penelitian Bagi Subyek Penelitian
Penelitian ini akan membantu klien dalam meningkatkan pengetahuan klien STEMI
4. Perlakuan Terhadap Subyek Penelitian
Penelitian ini akan menggunakan kuisioner. Subyek penelitian akan diberikan kuisioner untuk mengevaluasi pengetahuan klien yang merupakan salah satu indikator pelaksanaan *discharge planning* yang baik di RS Universitas Airlangga.
5. Masalah Etik Yang Mungkin Akan Dihadapi Subyek Penelitian
Penelitian ini tidak mengganggu aktivitas di rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan karena pengisian kuesioner hanya membutuhkan waktu ± 15 menit dan dapat disesuaikan waktu pelaksanaannya. Selain itu, penelitian ini tidak menimbulkan kerugian ekonomi, fisik, dll serta tidak bertentangan dengan nilai, norma, adat istiadat, dan hukum yang berlaku.
6. Bahaya potensial
Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan subyek dalam penelitian ini.

7. Kesukarelaan Subyek Penelitian

Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk tidak mengikuti penelitian ini. Apabila responden tidak bersedia dijadikan responden, maka peneliti akan mencari responden lainnya yang bersedia.

8. Jaminan Kerahasiaan Data

Dalam penelitian ini, semua data dan informasi identitas subyek penelitian dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subyek penelitian secara jelas dan pada laporan penelitian nama subyek penelitian dibuat kode.

9. Insentif Dan Ganti Rugi

Seluruh subyek penelitian tidak mendapatkan insentif berupa uang atau lainnya tetapi akan mendapatkan souvenir. Peneliti tidak memberikan ganti rugi berupa uang atau lainnya dan tidak memberikan jaminan asuransi kepada seluruh subyek penelitian.

10. Informasi Tambahan

Subyek penelitian bisa menanyakan semua hal yang berkaitan dengan penelitian ini dengan menghubungi penelliti:

Rahmatul Fitriyah (mahasiswa Magister FKp UNAIR)

Telp : 085733163976

Facebook : Rahma Fitri

Email : rahmatul.fitriyah@gmail.com

WhatsApp : 085733163976

Surabaya,.....20

Yang mendapatkan penjelasan

Yang memberi penjelasan

Responden,

Peneliti,

Rahmatul Fitriyah
NIM. 131814153001

Lampiran 2**LEMBAR PENJELASAN RESPONDEN
KEGIATAN FGD (*FOCUS GRUP DISCUSSION*)****1. Judul Penelitian**

Pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI di RS Universitas Airlangga Surabaya

2. Tujuan Penelitian**a. Tujuan Umum**

Menyusun pengembangan aplikasi instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI di RS Universitas Airlangga Surabaya

b. Tujuan Khusus

1) Mengidentifikasi *discharge planning* pada klien dengan STEMI di ruang rawat inap RS Universitas Airlangga

2) Mengidentifikasi pengetahuan klien dengan STEMI di ruang rawat inap RS Universitas Airlangga

3. Manfaat Penelitian Bagi Subyek Penelitian

Penelitian ini akan membantu klien dalam meningkatkan pengetahuan klien dengan STEMI

4. Perlakuan Terhadap Subyek Penelitian

Penelitian ini akan menggunakan kuisioner. Subyek penelitian akan diberikan kuisioner untuk mengevaluasi kesiapan pulang dan pengetahuan klien yang merupakan indikator pelaksanaan *discharge planning* yang baik di RS Universitas Airlangga.

5. Masalah Etik Yang Mungkin Akan Dihadapi Subyek Penelitian

Penelitian ini tidak mengganggu aktivitas di rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan karena pengisian kuesioner hanya membutuhkan waktu \pm 15 menit dan dapat disesuaikan waktu pelaksanaannya. Selain itu, penelitian ini tidak menimbulkan kerugian ekonomi, fisik, dll serta tidak bertentangan dengan nilai, norma, adat istiadat, dan hukum yang berlaku.

6. Bahaya potensial

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan subyek dalam penelitian ini.

7. Kesukarelaan Subyek Penelitian

Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk tidak mengikuti penelitian ini. Apabila responden tidak bersedia dijadikan responden, maka peneliti akan mencari responden lainnya yang bersedia.

8. Jaminan Kerahasiaan Data

Dalam penelitian ini, semua data dan informasi identitas subyek penelitian dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subyek penelitian secara jelas dan pada laporan penelitian nama subyek penelitian dibuat kode.

9. Insentif Dan Ganti Rugi

Seluruh subyek penelitian tidak mendapatkan insentif berupa uang atau lainnya tetapi akan mendapatkan konsumsi, makan siang dan uang transport. Peneliti tidak memberikan ganti rugi berupa uang atau lainnya dan tidak memberikan jaminan asuransi kepada seluruh subyek penelitian.

10. Informasi Tambahan

Subyek penelitian bisa menanyakan semua hal yang berkaitan dengan penelitian ini dengan menghubungi penelliti:

Rahmatul Fitriyah (mahasiswa Magister FKp UNAIR)

Telp : 085733163976

Facebook : Rahma Fitri

Email : rahmatul.fitriyah@gmail.com

WhatsApp : 085733163976

Surabaya,.....20

Yang mendapatkan penjelasan

Yang memberi penjelasan

Responden,

Peneliti,

Rahmatul Fitriyah
NIM. 131814153001

Lampiran 3

**PANDUAN *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD)
PENGEMBANGAN INSTRUMEN *DISCHARGE PLANNING*
BERBASIS TEORI TRANSISIONAL DI RS UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

Hari/tanggal :

Waktu :

Tempat :

Jumlah peserta:

Kegiatan yang dilakukan selama FGD

1. Memperkenalkan diri dan fasilitator FGD kepada partisipan
2. Menyampaikan topik penelitian

Saya tertarik untuk melakukan penelitian yang berhubungan dengan instrumen *discharge planning*, oleh karena itu saya meminta kepada Bapak/Ibu/Saudara untuk menjawab beberapa pertanyaan yang akan saya ajukan berdasarkan hasil observasi saya tentang evaluasi instrumen *discharge planning* di RS Universitas Airlangga. Saya juga memohon ijin untuk memaparkan rencana penelitian saya tentang Pengembangan Aplikasi Instrumen *Discharge Planning* Berbasis Teori Transisi pada Klien STEMI. Kegiatan ini akan berlangsung selama 1 sampai 2 jam dan terdiri dari dua sesi, yaitu :

Sesi 1 :

Pertanyaan kepada partisipan yang berkenaan dengan :

- 1) Bagaimanakah pelaksanaan *discharge planning* di RS Universitas Airlangga Surabaya?
- 2) Bagaimanakah pengetahuan klien terhadap penyakit STEMI?
- 3) Apakah instrumen *discharge planning* yang berlaku saat ini sudah sesuai standar? Standar apa yang digunakan?
- 4) Apa harapan Saudara tentang pengetahuan klien terhadap penyakit STEMI?
- 5) Apa harapan Saudara tentang Aplikasi *discharge planning* berbasis teori transisi?

Sesi 2 :

- 1) Pemaparan hasil observasi peneliti terhadap instrumen *discharge planning* di RS Universitas Airlangga
 - 2) Pemaparan hasil observasi pelaksanaan *discharge planning*
 - 3) Pemaparan hasil validasi pengetahuan klien STEMI
 - 4) Pemaparan tentang rencana pengembangan instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi pada klien STEMI
3. Persetujuan partisipan terhadap kerahasiaan jawaban dan aturan selama kegiatan FGD
4. Menutup kegiatan FGD

Saya berharap hasil FGD ini dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi penelitian saya dan peningkatan pengetahuan klien serta mencegah re-mrs kurang dari 30 hari. Terima kasih atas waktu yang diberikan. Atas kerja sama, saya ucapkan terima kasih

Lampiran 4

INFORMED CONSENT
(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
 Umur :
 Jenis Kelamin :
 Pekerjaan :
 Alamat /HP :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai Penelitian yang berjudul “Pengembangan instrumen *discharge planning* berbasis teori transisi terhadap kesiapan pulang dan kualitas hidup klien dengan STEMI di RS Universitas Airlangga” yang meliputi:

1. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
2. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
3. Bahaya yang akan timbul
4. Prosedur Penelitian

dan mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Responden

Surabaya,

20

Peneliti

.....

Rahmatul Fitriyah
131814153001

*) Coret salah satu

Lampiran 5

**KUESIONER PENELITIAN PENGEMBANGAN APLIKASI INSTRUMEN
DISCHARGE PLANNING BERBASIS TEORI TRANSISI
PADA KLIEN DENGAN STEMI
DI RS UNIVERSITAS AIRLANGGA**

DATA DEMOGRAFI

Berilah tanda silang (X) pada kotak dan isian yang telah disediakan.

Nomor responden : Tanggal Pengisian :

1. Usia;tahun
2. Tahun menderita STEMI :
3. Jenis kelamin
 - Laki-laki
 - Perempuan
4. Pendidikan
 - Sekolah Dasar (SD)
 - Sekolah Menengah Pertama (SMP)
 - Sekolah Menengah Atas (SMA)
 - Perguruan Tinggi
5. Lama Menderita STEMI
 - < 6 bulan
 - ≥ 6 bulan
6. Mendapatkan dukungan keluarga tentang penyakit klien
 - Ya
 - Tidak
7. Riwayat merokok
 - Ya
 - Tidak

Lampiran 6

Kuesioner Pengetahuan Klien STEMI

Pengetahuan terhadap penyakit			
No	Pertanyaan	Benar	Salah
1.	STEMI adalah penyakit yang ditandai nyeri dada kiri dan menjalar ke lengan kiri		
2.	Penyakit STEMI tidak sama dengan nyeri otot biasa		
3.	Jika terjadi serangan segera ke RS dan berikan oksigen		
4.	Layanan penyuluhan untuk STEMI di berbagai layanan kesehatan penting diikuti oleh klien		
5.	Penyakit STEMI dapat dicegah dengan menghindari faktor risiko		
6.	Klien STEMI perlu menjaga berat badan ideal untuk mencegah kekambuhan		
7.	Orang yang menderita STEMI tetap dapat menjalankan aktivitas bekerja		
8.	Minum obat-obatan tidak hanya dilakukan saat terjadi serangan		
9.	Merokok dapat memperberat dan meningkatkan risiko kekambuhan STEMI		
Pengetahuan terhadap sistem pelayanan kesehatan			
10.	Pengobatan STEMI tidak dapat dilakukan dengan minum jamu-jamuan		
11.	Penderita STEMI harus minum obat secara teratur		
12.	Penderita perlu tahu jenis obat-obatan dan efek sampingnya		
13.	Pengobatan terhadap penyakit STEMI hanya dapat dilakukan di rumah sakit		
14.	Untuk mencegah kekambuhan diperlukan kerjasama antara dokter dan perawat dengan klien dan keluarga		
15.	STEMI yang tidak ditangani dengan maksimal dapat menyebabkan komplikasi		

Pengetahuan terhadap makan			
16.	Peningkatan kadar lemak darah dapat menjadi faktor risiko STEMI		
17.	Klien STEMI perlu makan berpantang		
18.	Makanan bagi penderita STEMI sebaiknya adalah yang banyak mengandung serat		
19.	Penggunaan garam dalam makanan tidak diperbolehkan bagi penderita STEMI kecuali jumlahnya sedikit		
20.	Bahan makanan yang banyak mengandung lemak jenuh tidak dianjurkan bagi penderita STEMI		
21.	Bahan makanan yang banyak mengandung kalori seperti cake, makan siap saji dan gorengan tidak dianjurkan bagi penderita STEMI		
Pengetahuan terhadap lingkungan kesehatan			
22.	Mengikuti gaya hidup masyarakat di era globalisasi ini, khususnya yang bermukim di kawasan perkotaan menjadi salah satu penyebab STEMI		
23.	Kondisi lingkungan tempat tinggal tidak berhubungan dengan penyakit STEMI		
24.	Olahraga dapat secara efektif mencegah STEMI		
25.	Stress dapat meningkatkan risiko kekambuhan		

Lampiran 7

LEMBAR EVALUASI KELENGKAPAN REKAM MEDIS *DISCHARGE**PLANNING*

No	Kategori	Item edukasi	Resp 1	Resp 2	Resp 3	Resp 4
1	AWAL MRS	Perkenalan diri				
2		Perkenalan perawat yang bertanggungjawab				
3		Perkenalan dpjp, tenaga non keperawatan lain				
4		Perkenalan dengan klien lain yang sekamar				
5		Penjelasan fasilitas yang ada di rawat inap				
6		Penjelasan tentang 6 langkah dan 5 waktu cuci tangan				
7		Menanyakan kembali tentang kejelasan informasi yang telah disampaikan				
8		TTD pasien/keluarga				
9		TTD PP/ners				
10	SAAT DIRAWAT	Bahasa				
11		Kebutuhan penterjemah				
12		Pendidikan pasien				
13		Kemampuan membaca				
14		Hambatan edukasi				
15		Hambatan emosional dan motivasi				
16		Kesediaan menerima edukasi				
17		Keyakinan dan nilai-nilai				
18		Hak dan kewajiban pasien dan keluarga				
19		Penjelasan tentang proses pemberian informed consent				
20		Penjelasan penyakit, penyebab, tanda dan gejala, prognosa				
21		Hasil pemeriksaan				
22		Penatalaksanaan penyakit dan rencana asuhan				
23		Penjelasan komplikasi yang mungkin terjadi				
24		Hasil asuhan dan pengobatan yang diharapkan				
25		Hasil asuhan yang tidak diharapkan				
26		Kemungkinan alternatif tindakan				
27		Kemungkinan hasil yang tidak terduga				
28		Kemungkinan hasil tidak dilakukan tindakan				

29		Cara penggunaan obat-obatan yang efektif dan aman				
30		Potensi efek samping obat-obatan yang diberikan				
31		Potensi interaksi obat dengan obat dan atau obat dengan makanan				
32		Program diet dan nutrisi				
33		Manajemen nyeri farmakologi				
34		Manajemen nyeri non farmakologi				
35		Pencegahan resiko jatuh				
36		Penanganan dan cara perawatan di rumah				
37		Perawatan luka				
38		Alat-alat yang perlu disiapkan di rumah				
39		Keamanan penggunaan alat-alat kesehatan				
40		Keamanan lingkungan bermain				
41		Keamanan lingkungan perawatan di rumah				
42		Cara cuci tangan yang benar				
43	AKAN KRS	Tanggal mrs				
44		Tanggal krs				
45		Diagnosa mrs				
46		Diagnosa krs				
47		Lanjutan perawatan di rumah				
48		Aturan diet/nutrisi				
49		Aktivitas dan istirahat				
50		Hasil diagnostik saat datang				
51		Hasil diagnostik saat pulang				
52		TTD dietitian				
53		TTD perawat				
54		TTD pasien/keluarga				

Petunjuk Pengisian Lembar Evaluasi Kelengkapan Rekam Medis *Discharge Planning*

- (1) Pada kolom "Resp 1,2,3,4" : diisi inisial nama dan no RM
- (2) Isi dengan angka 1 pada kolom responden 1,2,3,4 jika diisi oleh tenaga medis

Lampiran 8**LEMBAR EVALUASI PELAKSANAAN *DISCHARGE PLANNING***

1. Kapan perencanaan pulang/*discharge planning* diberikan kepada klien, berapa kali selama klien dirawat?
.....
.....
2. Materi apa saja yang diberikan kepada klien saat perencanaan pulang/*discharge planning*?
.....
.....
.....
3. Siapa saja yang melakukan perencanaan pulang/*discharge planning*?
.....
.....
.....
4. Metode apa yang digunakan untuk pendidikan kesehatan selama ini?
.....
.....
5. Bagaimana pendapat anda tentang fitur dan tampilan *discharge planning* selama ini?
.....
.....
6. Apakah klien memahami materi yang telah disampaikan? Bagaimana cara mengukurnya?
.....
.....
.....
7. Apa hambatan yang dialami perawat dalam melakukan perencanaan pulang/*discharge planning*?
.....
.....

Lampiran 9**DRAFT APLIKASI INSTRUMEN *DISCHARGE PLANNING***

1. Awal masuk RS
 - a. Pengenalan : pengenalan DPJP, PPJA
 - b. Peraturan : general consent, jam kunjung, penunggu, hak dan kewajiban pasien dan keluarga
 - c. Penyakit : definisi, gejala, penyebab, terapi, diagnostik, prosedur tindakan
2. Saat dirawat
 - a. Penyakit dan perkembangan kondisi
 - b. Manajemen gejala dan pencegahan jatuh
 - c. Faktor risiko
 - d. Faktor psikologi
 - e. Terapi yang diberikan, monitor kepatuhan
 - f. Diet saat dirawat
 - g. Aktivitas selama dirawat
3. Saat akan keluar RS
 - a. Medikasi : nama obat, manfaat, efek samping, waktu
 - b. Environment : dukungan lingkungan, bahaya lingkungan
 - c. Threatment : kemampuan melakukan kelanjutan perawatan di rumah
 - d. Health : memelihara kesehatan, meningkatkan kesehatan
 - e. Outpatient referral : kontrol
 - f. Diet : nutrisi

Menggunakan A-E-T-C-T

Lampiran 10

INSTRUMEN EVALUASI *DISCHARGE PLANNING*

No	Item	Ya	Tidak	Keterangan
1	Saat awal masuk RS P1 : Pengenalan P2 : Peraturan P3 : Penyakit			
2	Saat dirawat a. Penyakit dan perkembangan kondisi b. Manajemen gejala dan pencegahan jatuh c. Faktor risiko d. Faktor psikologi e. Terapi yang diberikan, monitor kepatuhan f. Diet saat dirawat g. Aktivitas selama dirawat			
3	Saat akan keluar RS a. Medikasi : nama obat, manfaat, efek samping, waktu b. Environment : dukungan lingkungan, bahaya lingkungan c. Threatment : kemampuan melakukan kelanjutan perawatan di rumah d. Health : memelihara kesehatan, meningkatkan kesehatan e. Outpatient referral : kontrol f. Diet : nutrisi			

Lampiran 11

LEMBAR PENILAIAN PENGEMBANGAN INSTRUMEN *DISCHARGE*
***PLANNING* BERBASIS TEORI TRANSISI**
(untuk penilaian CVI)

Nama Ahli :
 Jabatan :

Nama Instrumen : *Discharge Planning*

Petunjuk :

Beri Nilai 1: Tidak relevan

Beri Nilai 2: Agak relevan

Beri Nilai 3 : Cukup relevan

Beri Nilai 4 : Sangat relevan

NO	ASPEK YANG DINILAI	Nilai			
		1	2	3	4
	Asesmen edukasi				
	1. Bahasa				
	2. Kebutuhan penerjemah				
	3. Keterbatasan fisik dan kognitif				
	4. Hambatan emosional dan motivasi				
	5. Kesiediaan menerima informasi				
	Akan mrs				
	6. Hak dan kewajiban pasien & keluarga				
	7. <i>General consent</i> & pelepasan informasi				
	8. Fasilitas, jam berkunjung, penunggu				
	9. Perkenalan diri				
	10. Perkenalan PJ unit, PPJA, PA, DPJP, PPA lain				
	11. Perkenalan klien yang sekamar				
	12. Penjelasan 6 langkah & 5 waktu cuci tangan				

	13. Pencegahan jatuh				
	14. Diagnosa medis, penyebab, gejala, prognosa				
	15. Tanda dan gejala, komplikasi				
	16. Terapi				
	Saat dirawat				
	17. Perkembangan kondisi				
	18. Manajemen gejala				
	19. Faktor risiko				
	20. Terapi yang diberikan, indikasi				
	21. Efek samping dan interaksi obat				
	22. Faktor psikologi				
	23. Aktivitas saat dirawat				
	24. Program diet				
	25. Makanan pantangan dan anjuran				
	26. Pengisian waktu (tanggal edukasi)				
	27. Pengisian waktu (durasi)				
	28. Pengisian waktu (frekuensi)				
	29. Pengisian pemahaman awal				
	30. Pengisian metode edukasi				
	31. Pengisian keterangan				
	32. Pengisian sarana edukasi				
	33. Pengesahan pasien/keluarga (nama & ttd)				
	34. Pengesahan edukator (nama & ttd)				
	Akan krs				
	35. Pengisian tanggal mrs dan krs				
	36. Pengisian diagnosa mrs dan krs				

37. Pengisian <i>medication</i> (obat-obatan)				
38. Pengisian <i>environment</i> (dukungan lingkungan)				
39. Pengisian <i>treatment</i> (perawatan lanjutan)				
40. Pengisian <i>health</i> (pemeliharaan kesehatan)				
41. Pengisian <i>outpatient referral</i> (kontrol)				
42. Pengisian diet				
43. Pengisian hasil penunjang saat datang				
44. Pengisian hasil penunjang saat pulang				
45. Pengesahan (tanda tangan dan nama terang)				

Surabaya ,

.....,

Lampiran 12

Keterangan Lolos Uji Laik Etik
**KOMITE ETIK PENELITIAN
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA**
**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
No. 189/KEH/2019**

Komite Etik Penelitian Rumah Sakit Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subjek penelitian, telah mengkaji dengan teliti protokol penelitian yang berjudul:

Pengembangan Aplikasi Instrumen Discharge Planning Berbasis Teori Transisi pada
Klien Infark Miokard Akut

Peneliti: **Rahmatul Fitriyah, S.Kep.,Ns**
Institusi Penelitian: Rumah Sakit Universitas Airlangga

DINYATAKAN LAIK ETIK.

Surabaya, 27 November 2019

Dr. M. Aminudin, Sp.P.K.

- ❖ Saya telah membaca dan memahami isi dari protokol penelitian
- ❖ Saya telah menyetujui pelaksanaan penelitian ini sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- ❖ Saya telah menyetujui pelaksanaan penelitian ini sesuai dengan ketentuan yang berlaku

Lampiran 13

Berita Acara Konsultasi Pakar 1



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
 UNIVERSITAS AIRLANGGA
 FAKULTAS KEPERAWATAN
 PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
 Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5913756 Fax. 031-5913752
 Laman: <http://nets.unair.ac.id> email: dekan@fkp.unair.ac.id

BERITA ACARA KONSULTASI PAKAR

Pada hari ini Rabu tanggal 26 bulan Februari tahun 2020 pukul 11.00 WIB telah dilaksanakan konsultasi pakar mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Nama	Rahmatul Fitriyah, S.Kep., Ns
NIM	131814153001
Judul Proposal	Pengembangan Aplikasi Instrumen <i>Discharge Planning</i> Berbasis Teori Transisi pada Klien STEMI

Surabaya, 26 Februari 2020
 Pakar

M. Yusuf, dr., Sp.JP., Ph.D., F.H.A., F.E.S.C.
 NIP. 197905142008121001

Lampiran 14

Berita Acara Konsultasi Pakar 2



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5913756 Fax. 031-5913752
Laman: <http://pers.unair.ac.id> email: dekan@fkip.unair.ac.id

BERITA ACARA KONSULTASI PAKAR

Pada hari ini Rabu tanggal 26 bulan Februari tahun 2020 pukul 10.00 WIB telah dilaksanakan konsultasi pakar mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Nama : Rahmatul Fitriyah, S.Kep., Ns.
NIM : 131814153001
Judul Proposal : Pengembangan Aplikasi Instrumen *Discharge Planning* Berbasis Teori Transisi pada Klien STEMI

Surabaya, 26 Februari 2020
Pakar

Nissa Aruming Sila, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198805292010122005

Lampiran 15

Uji Validitas Kuesioner Pengetahuan klien

Correlations

	PER1	PER2	PER3	PER4	PER5	PER6	PER7	PER8	PER9	TOT1
PER1										
Pearson Correlation	1	,730	,730	1,000**	1,000**	1,000**	,730	1,000**	1,000**	,966**
Sig. (2-tailed)		,062	,062	,000	,000	,000	,062	,000	,000	,000
N	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
PER2										
Pearson Correlation	,730	1	1,000**	,730	,730	,730	1,000**	,730	,730	,882**
Sig. (2-tailed)	,062		,000	,062	,062	,062	,000	,062	,062	,009
N	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
PER3										
Pearson Correlation	,730	1,000**	1	,730	,730	,730	1,000**	,730	,730	,882**
Sig. (2-tailed)	,062	,000		,062	,062	,062	,000	,062	,062	,009
N	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
PER4										
Pearson Correlation	1,000**	,730	,730	1	1,000**	1,000**	,730	1,000**	1,000**	,966**
Sig. (2-tailed)	,000	,062	,062		,000	,000	,062	,000	,000	,000
N	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
PER5										
Pearson Correlation	1,000**	,730	,730	1,000**	1	1,000**	,730	1,000**	1,000**	,966**
Sig. (2-tailed)	,000	,062	,062	,000		,000	,062	,000	,000	,000
N	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
PER6										
Pearson Correlation	1,000**	,730	,730	1,000**	1,000**	1	,730	1,000**	1,000**	,966**
Sig. (2-tailed)	,000	,062	,062	,000	,000		,062	,000	,000	,000
N	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7

PER18	Pearson Correlation	,730	,730	1	,730	1,000**	,730	,867*
	Sig. (2-tailed)	,062	,062		,062	,000	,062	,012
	N	7	7	7	7	7	7	7
PER19	Pearson Correlation	1,000**	1,000**	,730	1	,730	1,000**	,974**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,062		,062	,000	,000
	N	7	7	7	7	7	7	7
PER20	Pearson Correlation	,730	,730	1,000**	,730	1	,730	,867*
	Sig. (2-tailed)	,062	,062	,000	,062		,062	,012
	N	7	7	7	7	7	7	7
PER21	Pearson Correlation	1,000**	1,000**	,730	1,000**	,730	1	,974**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,062	,000	,062		,000
	N	7	7	7	7	7	7	7
TOT3	Pearson Correlation	,974**	,974**	,867*	,974**	,867*	,974**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,012	,000	,012	,000	
	N	7	7	7	7	7	7	7

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

	PER22	PER23	PER24	PER25	TOT4
PER22	1	,730	,730	1,000**	,923**
	Pearson Correlation				
	Sig. (2-tailed)	,062	,062	,000	,003

PER23	N	7	7	7	7	7	7	7
	Pearson Correlation	,730	1	1,000**	,730	,062	,937**	,937**
	Sig. (2-tailed)	,062		,000	,062		,002	
PER24	N	7	7	7	7	7	7	7
	Pearson Correlation	,730	1,000**	1	,730	,062	,937**	,002
	Sig. (2-tailed)	,062	,000		,062		,002	
PER25	N	7	7	7	7	7	7	7
	Pearson Correlation	1,000**	,730	,730	,062	1	,923**	,003
	Sig. (2-tailed)	,000	,062	,062				
TOT4	N	7	7	7	7	7	7	7
	Pearson Correlation	,923**	,937**	,937**	,923**	,003	1	
	Sig. (2-tailed)	,003	,002	,002	,003			
	N	7	7	7	7	7	7	7

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Case Processing Summary

Cases	N	%
Valid	7	100,0
Excluded ^a	0	,0
Total	7	100,0


a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,993	25


Lampiran 16

Pengembangan Instrumen Discharge Planning Awal Mrs

		RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA				IARFI PASIFN	
		KAMPUS C UNAIR SUKABAYA				Patient Label	
INSTRUKSI : Beri tanda check list (✓) pada kotak yang sesuai (dapat lebih dari satu sesuai kebutuhan pasien dan keluarga)							
Bahasa : <input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Inggris <input type="checkbox"/> Daerah <input type="checkbox"/> Lainnya							
Kebutuhan Perseorangan : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak							
Keterbatasan Fisik dan Sognial : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Perilaku/latihan terdapat <input type="checkbox"/> Kurang/terbatas							
Kemampuan Emosional & Motivasi : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Sedih <input type="checkbox"/> Marah <input type="checkbox"/> Senang <input type="checkbox"/> Depresi							
Kesiapan menerima Informasi : <input type="checkbox"/> Tidak bersedia <input type="checkbox"/> Bersedia							
EDUKASI AWAL MASUK RS							
Diikuti oleh Anamni/Dokter/Perawat/Ani/Gizi/Anakek							
PROFESI	TOPIK EDUKASI	WAKTU		PENJAJARAN AWAL (4)	METODE EDUKASI (5)	PASIEN/KELUARGA	
		TOPIK EDUKASI (1)	DURAS (2)			SARANA EDUKASI (7)	CTERAN GAN (6)
Admisi	1. Hak dan kewajiban pasien dan keluarga 2. General curasem & pelayanan di rumah 3. Fasilitas, jam berkunjung, penunjang 4. Administrasi 5. Perkenalan diri						
Perawat	1. Perkenalan 5. Unit, Sp. A, DP, P, dan lain 3. Perkenalan Rlien yang berkamar 4. Penjelasan tindakan & 5 waktu lulu tindakan 5. Pencegahan jatuh						
Dokter	1. Diagnosa medis penyebab gejala prognosis 2. Tanda dan gejala komplikasi 3. Terapi						


Lampiran 17

Pengembangan Instrumen Discharge Planning Saat Dirawat

 RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA KAMPUS C. UNAIR SURABAYA		EDUKASI SAAT PERAWATAN										LABEL PASIEN Patient Label	
		Dilisi oleh Admisi/Dokter/Perawat/Ahli Gizi/Apoteker											
PROFESI	LOPIK EDUKASI	WAKTU			PEMAHAMA N AWAL (4)	METODE EDUKAS (5)	KETERAN GAN (6)	SARANA EDUKAS (7)	PAS EN/KE LUAR GA		EDUKATOR		
		TG- EDUKAS (2)	WAKTU DURAS (3)	WAKTU DURAS (3)					NAVA (8)	TTD (9)		NAVA (10)	TTD (11)
Dokter	1. Perkembangan kondisi 2. Manajemen gejala 3. Faktor risiko												
Apoteker	1. Terapi yang diberikan, indikasi 2. Efek samping dan interaksi obat												
Perawat	1. Faktor psikologi 2. Aktivitas saat dirawat												
Ahli gizi	1. Program diet 2. Makanan pantangan & anjuran												
	Lain-lain												
												
												

Lampiran 18

Pengembangan Instrumen *Discharge Planning* Saat Akan Krs

 RUMAH SAKIT UNIVERSITAS AIRLANGGA KAMPUS C UNAIR SURABAYA	LABEL PASIEN Patient Label		
LEMBAR INSTRUKSI PASIEN PULANG			
Diisi oleh Perawat / Bidan dan Dietitian			
Tanggal MRS :	Tanggal KRS :		
Diagnosa MRS :	Diagnosa KRS :		
A. Medication (Obat-obatan)			
.....			
.....			
.....			
B. Environment (dukungan lingkungan)			
.....			
.....			
.....			
C. Treatment (Perawatan lanjutan)			
.....			
.....			
.....			
D. Health (memelihara kesehatan, mencegah kekambuhan)			
.....			
.....			
.....			
E. Outpatient Referral			
.....			
.....			
.....			
F. Diet			
.....			
.....			
.....			
Hasil Lab, Foto, ECG, surat keterangan istirahat :			
Saat datang : <input type="text"/> lembar <input type="text"/> lembar <input type="text"/> lembar	Saat Pulang : <input type="text"/> lembar <input type="text"/> lembar <input type="text"/> lembar		
Surabaya,			
Dietitian	Apoteker	Perawat/bidan	Pasien/Keluarga
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)

Lampiran 19

Uji Validitas Instrumen *Discharge Planning* Awal Mrs

No	Pernyataan	Expert 1	Expert 2	Expert 3	Jumlah Kesetujuan	I CVI	Keterangan
1	Pernyataan 1	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
2	Pernyataan 2	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
3	Pernyataan 3	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
4	Pernyataan 4	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
5	Pernyataan 5	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
6	Pernyataan 6	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
7	Pernyataan 7	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
8	Pernyataan 8	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
9	Pernyataan 9	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
10	Pernyataan 10	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
11	Pernyataan 11	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
12	Pernyataan 12	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
13	Pernyataan 13	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
14	Pernyataan 14	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
15	Pernyataan 15	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
16	Pernyataan 16	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
	Jumlah	34	34	34	Mean I CVI	1,00	
	Proporsi relevan	1,00	1,00	1,00			

Lampiran 20

Uji Validitas Instrumen *Discharge Planning* Saat Dirawat

No	Pernyataan	Expert 1	Expert 2	Expert 3	Jumlah Kesetujuan	I CVI	Keterangan
17	Pernyataan 17	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
18	Pernyataan 18	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
19	Pernyataan 19	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
20	Pernyataan 20	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
21	Pernyataan 21	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
22	Pernyataan 22	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
23	Pernyataan 23	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
24	Pernyataan 24	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
25	Pernyataan 25	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
26	Pernyataan 26	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
27	Pernyataan 27	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
28	Pernyataan 28	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
29	Pernyataan 29	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
30	Pernyataan 30	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
31	Pernyataan 31	1	1	1	2	3/3 = 1	Valid
32	Pernyataan 32	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
33	Pernyataan 33	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
34	Pernyataan 34	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
	Jumlah	34	34	34	Mean I CVI	1,00	
	Proporsi relevan	1,00	1,00	1,00			

Lampiran 21

Uji Validitas Instrumen *Discharge Planning* Saat Akan Krs

No	Pernyataan	Expert 1	Expert 2	Expert 3	Jumlah Kesetujuan	I CVI	Keterangan
35	Pernyataan 35	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
36	Pernyataan 36	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
37	Pernyataan 37	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
38	Pernyataan 38	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
39	Pernyataan 39	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
40	Pernyataan 40	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
41	Pernyataan 41	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
42	Pernyataan 42	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
43	Pernyataan 43	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
44	Pernyataan 44	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
45	Pernyataan 45	1	1	1	3	3/3 = 1	Valid
	Jumlah	11	11	11	Mean I CVI	1,00	
	Proporsi relevan	1,00	1,00	1,00			

Lampiran 22

WAWANCARA DENGAN PPA (PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN)

No	Partisipan	Hasil	Keyword
1	P1 (Ners)	<p>Pasien datang dari IGD, sudah di KIE sejak pertama kali datang, sekalian dengan keluarga. DP dilakukan saat pertama kali datang, jika belum jelas diulangi lagi dan ketika akan pulang. Biasanya px sesak, maka pembatasan aktivitas dan diberi leaflet. Yang melakukan DP adalah perawat yang pertama kali menerima (PPB) dilanjutkan perawat shift selanjutnya, dokter, ahli gizi dan seharusnya apoteker. Metode DP menggunakan leaflet (secara lisan). Leaflet diberikan berdasarkan ketersediaan. Leaflet fotokopian, sehingga jika pasien dan keluarga dengan tingkat pendidikan yang kurang akan sulit memahami gambar tersebut. Pasien baru datang biasanya cepat paham, karena baru merasakan sesak, nyeri dada, namun jika agak baikan mereka tidak patuh. Pasien lama kebanyakan tidak patuh sehingga sering mrs. Cara mengukur pengetahuan dengan melihat perilaku pasien. Hambatan perawat : pasien turn-over nya tinggi, perawat dituntut untuk melakukan pekerjaan dengan cepat termasuk penjelasan kepada pasien, mungkin pasien sering re-mrs karena perawat terlalu cepat melakukan penjelasan kepada pasien sehingga kurang dimengerti oleh pasien. Lebih baik jika media DP paperless, tidak hanya kisi-kisi yang dicentang dan menulis sendiri. Pasien STEMI adalah penyakit dengan pengobatan jangka panjang sehingga membutuhkan pengetahuan dan kepatuhan.</p>	<p>Lebih suka penjelasan dengan gambar</p>
2	P2 (Ners)	<p>Mulai awal pasien datang dan diulang saat shift tersebut sampai nanti waktu pulang diberikan lembar <i>discharge planning</i>. Berapa kali edukasi, tidak pasti, jika bertemu diberi tahu minimal sekali sehari. Biasanya pasien STEMI dirawat paling lama tiga hari di IRNA, sebelumnya di ICU. Paling lama dirawat 3 hari (1 hari di IRNA, 1 hari di ICU dan kembali dirawat di IRNA 1 hari). Paling cepat dua hari perawatan jika tidak ada masalah. Materi : batasan minum, makanan, jika nyeri dada atau sesak, tentang <i>bedrest</i>, penggunaan oksigen. Informasi tersebut diulang berkali-kali terutama saat validasi pasien (timbang terima). Yang melakukan DP : perawat, gizi, dokter (ngomong biasa, tidak tertulis, tidak benar-benar menjelaskan). Metode yang digunakan lisan secara langsung, kadang dilengkapi dengan leaflet (jika tersedia). Tampilan : berupa lembaran (kadang diberikan, kadang tidak). Media berupa leaflet kurang dimengerti oleh beberapa pasien, kadang menggunakan bahasa medis. Via lisan jika pasien pas nyambung, mengerti apa yang disampaikan. Setiap validasi perawat selalu mengulang informasi, paham atau tidak. Ada faktor ketidakpatuhan, tingkat pendidikan, ketidapkahaman, ketidakpedulian keluarga. Pasien yang tidak patuh sering re-mrs. Info yang diberikan : jika ada pembesaran jantung, maka minum harus dibatasi, <i>bedrest</i>, tidak mengejan, bab di tempat tidur. Belum ada pengukuran apakah pasien paham atau tidak, hanya diberi informasi saja. Belum ada penjelasan detail. Hambatan : jika rekan kerja tidak mengulang informasi yang</p>	<p>Butuh ada <i>guideline</i>, info apa saja yang harus diketahui pasien perlu standarisasi</p>

		<p>diberikan, ada nakes yang membolehkan ada yang tidak, tingkat pendidikan, mau memberikan leaflet namun pasien/keluarga tidak paham, dokter hanya menjelaskan dengan singkat ketika visite sehingga tidak sinkron, form nya kurang mewakili hanya minta ttd saja. Harapan saya ada guideline, misal pasien harus tau tentang hal-hal tertentu, secara tertulis dan diserahkan pada pasien. Form kadang ada yang isi dan tidak, ada yang melampirkan dan tidak.</p>	
3	P3 (Ners)	<p>Perencanaan pulang dari DPJP (rencana krs). Untuk pengisian form dari awal mrs sudah ada, form edukasi terintegrasi. Materi :batasan cairan, minum obat teratur, kontrol dan batasan aktivitas. Yang melakukan DP : perawat, dokter, gizi, farmasi (seharusnya). Metode yang digunakan via lisan, menggunakan leaflet, demonstrasi, praktek cuci tangan. Kita menanyakan kembali untuk mengetahui pemahaman pasien, dilakukan saat itu juga. Pemahaman tergantung usia pasien. Form nya bersifat umum, masih manual, harapannya sudah terketik jadi tinggal centang-centang, sudah ada standarisasi item edukasi untuk pasien STEMI dan dalam keadaan centang-centang, bukan mengisi manual. Untuk mengetahui pemahaman pasien : melihat aktivitas pasien (patuh atau tidak), saat validasi ditanyakan kembali minumannya seberapa, ditanya kembali batasan minum sehari berapa (untuk pasien dengan observasi ketat balance cairan). Hambatan perawat : usia, respon pasien dalam menerima informasi, bahasa, form nya terlalu kecil kolomnya. Form banyak yang tidak terisi : bisa jadi terlalu sibuk, kesulitan mengisi kode leaflet pada form edukasi terintegrasi karena tidak hafal.</p>	<p>butuh ada <i>guideline</i>, info apa saja yang harus diketahui pasien perlu standarisasi</p>
4	P4 (Ners)	<p>Selama ini di ruang perawatan memberikan discharge planning sekali saat pasien mau pulang. Materi yang diberikan : obat-obatan yang diminum di rumah, cara minumannya, waktu minumannya kapan, pemberiannya bagaimana misal insulin, cara perawatan luka, nanti menghubungi siapa misal tim homecare, jadwal kontrolnya kapan. Yang melakukan <i>discharge planning</i> : biasanya perawat, tenaga lain-lain jarang, ada juga dokter namun jarang, kebanyakan perawatnya. Metode yang digunakan : ceramah, menerangkan kepada keluarga dan pasien kadang sambil memberikan leaflet tentang penyakitnya dan bagaimana cara perawatannya kita ada leaflet dari bagian pkr kita sampaikan ke pasien. <i>Discharge planning</i> dispesifikkan dengan penyakitnya. Edukasi terintegrasi saat pasien datang kita lakukan edukasi yaitu mengenai : batasan cairan, urin tampung, mengukur urinnya, cara cuci tangan, patuh terhadap diet rs, cara penggunaan obat insulin itu semua yang mengKIE perawatnya. Fitur sudah cukup bagus, sudah mencakup semua, sudah lumayan, tidak memberatkan, satu lembar sudah cukup, jika terlalu banyak kita kadang tidak punya banyak waktu, jika diisi saja sudah bagus, pas pasien banyak kita kadang.... satu lembar sudah cukup. Evaluasinya banyak yang tidak terisi karena tidak sempat, karena kita banyak melakukan tindakan, delegasi juga banyak, kadang kita waktunya habis disitu kan, untuk memberikan obat, oplos obat, pesan obat, belum tindakan kita keluar ke radiologi atau jemput pasien ke ICU, belum lagi nanti ada pasien baru datang itu kan kita melengkapi semua,</p>	<p>form cukup bagus. Sudah melakukan tapi lupa dokumentasi</p>

		<p>: asesmen pasien baru, lapor dokter, dll, pesan ke gizi, jadi kadang kita ndak apa ya..... <i>Discharge planning</i> ya kita jelaskan ke px namun kadang kita tidak sempat mengisi lembar <i>discharge planningnya</i>, namun secara lisan kita jelaskan. Dilakukan namun tidak sempat mengisi di form nya. Pasien kebanyakan paham, cara ngukurnya kita tanyakan ulang. "Bu apakah masih ada yang perlu ditanyakan/ada yang belum paham?". Terus kita ajari juga cara menyuntikkan insulin, kita praktekan, cara memberikan sonde, cara pembuatan sonde ini bagian gizi nanti yang mengajari cara pembuatan mixernya. Pasien yang remrs kembali lagi ke pasien karena pasien tidak patuh, minumannya kadang kebanyakan, sering re-mrs karena bengkak badannya atau sesak karena banyak minum, sudah kita sampaikan, kalau di rumah kan kita ndak tau ndak bisa ngontrol. Hambatan yang dialami : waktunya tadi ya, kita tidak sempat mendokumentasikan karena kita banyak tugas delegatif, kalau hambatan-hambatan lain sepertinya tidak ada. Insyallah kalau misalkan perbandingan satu perawat banding lima pasien insyaallah bisa, trus kita melakukan <i>discharge planning</i> juga selama ini sudah difasilitasi dari pihak rs dengan leaflet dll insyaallah bisa. Sarpras memadai hanya terhambat oleh rasio pasien.</p>	
5	P5 (Ners)	<p>Biasanya yang tertulis satu kali saat pasien pulang, kalau yang perencanaan pulang kan banyak sebenarnya : pemberian obat, batasan minum, biasanya kita bisa sekalian pas operan hanya saja tidak formal, tidak tertulis. Yang terdokumentasi ya saat mau pulang. Saat awal masuk iasanya juga di KIE persiapan tindakan, kapan waktu puasa, kapan minum obat, mengkaji obat apa saja yang diminum sekaligus sentralisasi obat ke farmasi, urin tampung. Saat dirawat jarang dilakukan, biasanya saat operan (validasi ke pasien) : puasa, waktu minum obatnya, batasan minum. Yang melakukan perencanaan pulang : gizi, perawat, dokternya pasti nulis. Dokternya jarang banget detail, tapi kurang tau saat edukasi ke pasien karena visite sendiri. Metode yang digunakan : lisan, diskusi tapi non formal, kadang menggunakan leaflet karena ribet ambil dan mencarinya dan juga <i>flow</i> pasien cepat sekali. Formulirnya baiknya dijadikan satu. Jika banyak maka rawan tidak diisi. Teman-teman melakukan <i>discharge planning</i> namun tidak terdokumentasi. Kalau saya, diusahakan mengisi namun karena orang banyak jadi ada yang mengisi dan ada yang tidak mengisi. Kadang pas perawatnya mengisi, kadang dokternya belum sempat mengisi karena ada beberapa lembar. Pasien ada yang paham, ada yang tidak. kadang paham tapi menolak untuk patuh. Dia tau batasan minum sekian, namun pasien kardio identik dengan pasien yang "cengkalan". Pasien kardio dengan batasan cairan dan dikuras cairannya menggunakan lasix, pasien ada yang marah "saya haus mbak!!!" Mindsetnya dia cairan yang di dalam kan sudah keluar, ini perlu diganti yang baru dengan banyak minum cairan yang didalam ini yang menimbulkan penyakit jadi harus dikeluarkan dan diganti yang baru. Ada pasien yang paham dan patuh, paham dan tidak patuh. Paling enak jika ada penunggu, bisa untuk pengingat batasan minum. Jika pasien yang mikir/merenung dia akan berpikir tentang penyebab sesaknya karena terlalu banyak minum dan kemudian tidak</p>	<p>form lebih baik dijadikan satu (diringkas). Ada 3 form (banyak, rawan tidak terisi)</p>

		<p>mengulanginya. Tapi ada juga yang masih mengulangi. Cara mengetahui pasien paham atau tidak dengan menanyakan kembali saat validasi pasien pasca operan tentang batasan minuman. Kendala saat <i>discharge planning</i> : tidak ada penunggu jadi komunikasi agak bingung, jika komunikasi hanya ke pasien saja tidak ada yang mengingatkan, mendukung saat di rumah, dokumentasi yang lemah, waktu rata-rata pasien pulang pagi dan sore dimana perawat juga banyak menerima pasien baru, jadi mau melakukan <i>discharge planning</i> yang agak lama tidak bisa karena harus handle pasien yang lain, ada mri 3, keteterisasi 2, pulang banyak jadi tidak bisa <i>discharge</i> lama, pokoknya intinya cepet-cepetan. Saran : ada tim sendiri yang KIE diluar pelaksana, karena pelaksana yang KIE akan sekenanya karena jika pelaksana maka tidak intens karena fokusnya terpecah dengan pasien lain.</p>	
6	P6 (Ners)	<p><i>Discharge planning</i> dilakukan saat pertama pasien datang dari IGD pasien baru kita sudah melengkapi terkait <i>discharge planning</i> nya sampai nanti saat pasien dirawat disini, paling tidak selama 2 kali saat pasien masuk dan pasien akan pulang. Terkait edukasi : aktivitas saat dirawat, boleh tiduran atau mobilisasi, terkait obat fungsinya apa saja dan terkait diet bisa diwakili jika tidak ada ahli gizi sebelum bertemu dengan ahli gizi dan farmasi. Yang melakukan <i>discharge planning</i> : perawat yang sedang berjaga atau perawat primer yang bertanggung jawab tergantung siapa yang menerima pasien saat itu. Ahli gizi dan farmasi punya form sendiri terkait diet pasien dan obat-obatan tapi untuk gizi biasanya ikut melengkapi form <i>discharge planning</i>. Metode yang digunakan menggunakan leaflet terkait diagnosa yang diderita pasien. Fitur lengkap, tidak seberapa rumit, yang tercantum terkait aktivitas, gizi, obat-obatan yang dibawa pulang dan hasil laboratorium yang akan diberikan saat pulang. Terkait diagnosanya juga sudah jelas apa saja yang harus dicentang di lembar itu, untuk mobilisasinya juga sudah tertera disitu. Selama ini pasiennya paham, jika tidak ada pertanyaan balik ke kami dianggap paham. Hambatannya kadang misalnya pasien butuh..... kita disini jarang menjelaskan kepada pasien kayak yang dulu, kita biasanya hanya minta tanda tangan aja. Biasanya yang memulangkan perawat namun dibantu HCA. Jadi HCA yang mengarahkan pasien untuk pulang terkait administrasinya. Karena biasanya yang jaga hanya 2 dan yang pulang banyak, biasanya HCA yang membantu membereskan berkas-berkasnya kemudian mereka yang mengarahkan pasien ke administrasi. Bisakah kalau misal <i>discharge planning</i> dijelaskan di awal saat pasien masuk tapi itu nanti juga akan dibawakan pulang. Soalnya sekali penjelasan dalam bentuk paper.</p>	<p>beban kerja tinggi, mobilitas tinggi. Menjelaskan diawal (sekali penjelasan) dan dibawakan pulang</p>
7	P7 (Ners)	<p><i>Discharge planning</i> saat awal, sewaktu perawatan kami secara tidak langsung kami memberikan edukasi atau sekalian saat tindakan ke pasien dan saat mau pulang tapi yang ter-record biasanya hanya pas awal saat perkenalan itu dan akhir, yang tengah jarang sekali bahkan tidak pernah ter-record. Ter-record hanya di lembar edukasi, misal : pasang kateter atau NGT kan bisa edukasi tentang pasanganya bagaimana di lembar edukasi yang bagian belakang. Edukasi ke pasien yang</p>	<p>ada <i>guideline</i>, standarisasi</p>

		<p>tidak ter-record misal pasien diabetes dengan gangren edukasi tentang penggunaan insulin dan cara perawatan luka gangrennya di rumah seperti apa, harus diapakan lukanya. Untuk pasien STEMI : makanan yang pantang untuk pasiennya, ini kan terkait pembuntuan pembuluh darahnya bisa karena hiperkolesterol nya. Kalau pas mau pulang nya kan bekas insersi harus dijaga tidak boleh angkat berat. Yang melakukan <i>discharge planning</i> : PP atau PA, gizi, dokter secara tidak langsung namun tidak ada record nya, buktinya secara tertulis. Metode yang digunakan paling sering diskusi, edukasi secara langsung, ceramah dan <i>feed back</i> secara langsung. Fitur sebenarnya sudah bagus, bisa sebagai acuan kita untuk memberikan edukasi pada pasien dan keluarga namun banyak tidak terisi. Sebenarnya bisa langsung pas awal masuk pasien langsung PPB langsung edukasi sekalian dan tanda tangan namun kadang terkendalan <i>load</i> pasien dan kemauan SDM. Hal baru pasien tidak langsung paham, feedback nya kita menanyakan ulang apa yang sudah kita sampaikan, bagaimana respon mereka kalau dijawab kurang tepat ya diulangi lagi. Mengevaluasi lewat melihat perilaku pasien juga hanya sekilas saja, perilaku tidak langsung terlihat. Hambatan : tingkat pengetahuan keluarga dan tingkat pendidikan pasien dan keluarga, kalau keluarga yang berpendidikan tinggi kita menjelaskan lebih enak, lebih cepat nyambung nya kalau yang kurang pengetahuannya agak lama nangkanya ke keluarganya. Kalau misalkan mau dibuatkan misalkan pasien ini <i>discharge planning</i> nya begini, kita tinggal menyampaikan sih kita lebih enak.</p>	
8	P8 (Ners)	<p>Berapa kalinya tidak ada acuan, tergantung kondisi pasiennya. Kita melakukan <i>discharge planning</i> saat pasien datang, apa aja yang mungkin akan kita edukasikan ke pasien seperti misal pasien kondisi tertentu. Minimal dua kali saat diawal dan sebelum pulang. Maksimalnya tergantung kondisi pasien, misal saat dokter visite pasien minta tambahan nanti akan kita <i>discharge</i> lagi. Materinya : sekilas obat-obatan, istirahat, tindakan jika pasien merasa sesak, tindakan daruratnya. Biasanya waktu diawal saat mengisi asesmen biasanya sudah ada data, kita bikin perencanaan di hari-hari selanjutnya, lebih lengkapnya saat pasien mau pulang. Yang melakukan : PP merencanakan bisa dilakukan oleh PA yang jaga saat itu, ahli gizi, dokter melakukan saat visite namun nanti akan kita rangkum dalam lembar <i>discharge</i> sambil mengingatkan saat pasien akan pulang. Metode menggunakan leaflet dengan ceramah. Untuk lembar instruksi pulang sudah sesuai namun tidak ada panduan jadi kita ngisi-ngisi sendiri, maksudnya tidak ada yang lengkap tentang kondisi pasien tertentu, perlu ada fokusnya ke item mana saja yang lebih detail jadi siapa pun yang men-<i>discharge</i> pasti akan ingat. Butuh ada panduan untuk mengarahkan agar penjelasan terstruktur. <i>Discharge planning</i> kan sebenarnya dari awal, namun kita biasanya fokus, detail, rinci menjelaskan adalah saat pasien akan pulang. setelah kita jelaskan semua pasti kita menanyakan informasi yang belum paham. Hambatan : banyak pegawai baru, kadang mereka fokus apalagi dinas sore terus mulangin banyak jadi hanya menjelaskan secara umum saja, kadang hal-hal penting yang tidak tersampaikan makanya butuh ada panduan.</p>	ada panduan

9	P9 (Ners)	<p><i>Discharge planning</i> diawal kita sudah merencanakan pasien ini bisa diberikan edukasi apa saja saat pulang nanti terus biasanya misal sudah ada tindakan, habis tindakan juga bisa di <i>discharge planning</i> kan untuk misalkan di rumah nanti seperti apa perlakuan terhadap lukanya. Berapa kalinya tergantung pasiennya, apa saja yang bisa kita kasih ke pasiennya. Seringnya dua kali, saat awal : pasang <i>siderail</i>, cuci tangan, mengenai rs, PPB. Saat mendekati pulang kita sudah tau diagnosanya bukan lagi <i>suspect</i> lagi, kita juga lebih paham pasiennya itu kita lakukan <i>discharge</i> lagi. Jika ada perubahan diagnosa dokter yang kasih tau tapi biasanya dokter tidak spesifik. Biasanya kita kalau melakukan <i>discharge planning</i> terkait keperawatan saja. Materi : tidak boleh angkat berat, tidak boleh ditekuk, perbannya bisa dilepas kapan. Metode yang digunakan diskusi, ceramah, soalnya leaflet tentang PCI juga belum ada tapi yang resiko jatuh meski ada leafletnya biasanya ngomong biasa sih. Yang diisi oleh kita adalah istirahat dan aktivitas, lanjutan perawatan di rumah. Biasanya ada pasien yang paham ada juga yang tidak paham ada juga yang gampang lupa. Evaluasinya dengan menanyakan apakah ada pertanyaan lagi kemudian mengamati perilaku apakah seperti yang diajarkan, ketika mengurangi udara pada handband mengamati apakah tangannya digunakan untuk beraktivitas, apakah lapor jika ada perdarahan. Hambatan : bahasanya beda, ada tipe pasien yang sering gak paham (sulit mengerti), "ndableg", <i>space</i> nya kurang luas.</p>	<p><i>space</i> pada formulir diperbesar</p>
10	P10 (Ners)	<p>Kami memberikan <i>discharge planning</i> itu saat di tengah perawatan dan di akhir perawatan. Bisa lebih dari tiga kali sih. Materi yang diedukasikan adalah hal-hal yang mau dilakukan di rumah seperti hindari aktivitas yang berat, minum obat yang teratur, jangan lupa kontrol. Yang melakukan perencanaan pulang : perawat primer, dokter, gizi, farmasi. Metode yang digunakan ceramah, kadang-kadang menggunakan leaflet. Fitur rm <i>discharge planning</i> sudah lengkap. Rm edukasi terintegrasi tidak terisi karena lupa minta tanda tangan, sudah kie tapi lupa mintakan tanda tangan. Sebagian edukasi dilakukan. Biasanya kami menanyakan ulang untuk tau paham atau ndak pahamnya, jika jawaban masih salah diulangi lagi. Ditanyakan kembali apa yang masih dibingungkan. Untuk mempraktekkan kalau suntik insulin mungkin bisa tapi kalau untuk lain-lain rawat luka aku gak pernah me.... taksarankan langsung ke bedah aja. Ya waktu kontrol itu dibuka.</p>	<p>perlu dibedakan <i>item</i> untuk pasien anak dan dewasa</p>
11	P11 (Ners)	<p>Perencanaan bisa diberikan pada pasien saat pertama kali masuk saat pertama kali rawat inap saat kita melakukan pengkajian semua kebutuhan apa yang akan diberikan pada pasien tersebut, berapa kalinya tergantung komplikasi pasiennya itu, bisa sekali, dua kali, tiga kali tergantung seberapa parahnya pasien, kebutuhannya yang dibutuhkan. Jika sesuai kenyataan cuma sekali saja, saat pertama pasien masuk. Saat pulang hanya sedikit, hanya pesanan pulang saja kayak di rumah harus bagaimana, istirahat bagaimana, kontrolnya bagaimana. Saat pertama kali masuk : edukasi terhadap penyakitnya biasanya, penyakitnya apa andaikan penyakitnya tiphus : tiphus itu apa, apa yang perlu dikonsumsi, bagaimana cara merawat. Pasien dengan STEMI :</p>	<p>perlu penggantian kata-kata agar makna bisa seragam. Perlu ada panduan</p>

		<p>kalau masalah makan kan sudah ada gizi, aktivitas di rumah, post PCI apa yang dilakukan di rumah : membatasi aktivitas, daerah habis PCI tidak boleh digerakkan dahulu. <i>Discharge planning</i> dilakukan oleh : PP, dokter, ahli gizi, farmasi, fisioterapis ada juga. Metode ceramah, tanya jawab. Form PPB sudah tercakup semua. Form edukasi terintegrasi lumayan sesuai, kita bisa menulis juga andaikan <i>discharge planning</i> butuh materi apa kita bisa menambahkan disitu, kalo itu ada tempat khusus jadi lebih enak itu. Untuk form yang dibawakan pulang sudah sesuai hanya tidak ada kolom tentang obat-obatan. Sebenarnya tidak ada masalah untuk pengisiannya, kadang kita sudah melakukan tapi kadang lupa mencatatnya, tergantung individu masing-masing, harus lebih tertib mengisinya, sebenarnya cara mengisinya gampang menurutku, pertanyaannya ya mengerti tapi kadang kita <i>riweuh</i> dengan tindakan-tindakan jadi kadang terabaikan. Sebenarnya tidak bingung mengisinya, cuma kadang kita kayak teledor mengisinya karena kebanyakan “keriweuhan” kitanya. Kita memberikan topik edukasi kadang kan menunggu senggang, padahal kita kesana juga kie pasien tapi juga lupa menulisnya. Terkait sub keperawatan keamanan : lingkungan bermain yang jarang kita disini, keamanan penggunaan alat kesehatan itu yang tidak pernah di.... antara no 5 dan 6. Kita hampir tidak pernah memberikan no 5 dan 6. Kita paling : resiko jatuh, cara perawatan di rumah, andaikan ada yang mau pulang alat yang perlu disiapkan, rawat luka, lingkungan rawat di rumah dan cuci tangan. Nomor 6 apa diganti dengan kata-kata yang lain ya. Cara mengevaluasi biasanya kita tanya kembali tapi kadang kita juga tidak tanya sih. Disini kadang kita cuma kasih informasi tapi kita kadang tidak tanya kembali, harusnya tanya kembali. Kalo gak gitu kita ngajarin masukkan novorapid kita bisa evaluasi karena ikut praktik. Tapi kalo cuma edukasi kayak stroke itu apa kadang dia cuma tau umumnya aja. Hambatannya “keriwehan” di ruangan, kadang kita lupa melakukan yang itu karena kita banyak yang lebih prioritas yang kita lakukan.</p>	
12	P12 (Gizi)	<p>Kalau dari awal dilihat data-datanya dulu mengenai fisik klinisnya, dikaji dulu riwayat dan pola makannya, karena riwayat makan pasien pasti berpengaruh juga pada kejadian saat ini. setelah itu diberikan dulu diet yang direkomendasikan sambil dicocokkan dengan pola makan pasien, pada akhirnya disesuaikan dengan persiapan pulanginya (makanan apa yang pantangan, yang harus dikonsumsi apa). Pasien PCI sulit ketemunya, lebih bisa menemui post PCI. Pasien kardio menurut pengalaman saya cenderung riwayat mengkonsumsi makanan yang berlemak. Kemudian dijelaskan diet selama di rs begini, prinsipnya begini, masukkan edukasi (wawancara) dan leaflet. Pantangan pasien kardio lebih ke cairan dan pembatasan natrium (garam) karena lebih cepat terasa haus karena menarik air selain itu juga pembatasan lemak. Perencanaan pulang setelah ke pasien, kita tau pola makan, menyesuaikan dengan dietnya baru kita melakukan perencanaan diet untuk di rumah, makanan pantangan, makanan yang baik dikonsumsi. Waktu edukasi juga sering menanyakan ulang tentang pemahaman pasien sejauh mana, namun juga tidak semua pasien bisa terkait lama perawatan. Pasien kardio masih bisa dievaluasi meski satu kali</p>	<p>Terkadang tidak bisa menemui pasien tersebut karena sedang dilakukan tindakan.</p>

		<p>pertemuan. Saat pengkajian sekalian evaluasi. Materi yang diberikan : prinsip diet, makanan pantangan. Metode yang digunakan : ceramah, tanya jawab dengan alat bantu leaflet. Kendala : pasien tidur, waktu bertemu pasien yang sulit (pasien sedang berada di catlhlab, icu saat ahli gizi visit). Fitur yang baru sudah lebih baik, karena gizi masuk. Evaluasi saat edukasi itu menanyakan kembali. Untuk pasien yang re-mrs : dikaji apakah sudah menjalankan diet yang dianjurkan, beberapa pasien ada yang mengaku tidak melakukan diet sesuai anjuran, minum minuman dingin. Untuk pasien yang mrs awalnya bukan karena akan dilakukan PCI, namun selama perawatan diputuskan untuk dilakukan PCI, di gizi ada 2 : edukasi dan monev (termasuk asuhan dan berisiko malnutrisi. Yang berisiko skor > 2 maka dilakukan monev. Jika ada indikasi resiko malnutri laporan dari perawat. Diklasifikasikan menjadi ringan (monev per 7 hari), sedang (monev per 3 hari), berat (monev tiap hari), selama di ICU monev tiap hari. Pasien demikian di irna masuk klasifikasi sedang namun jarang ada. Evaluasi pasien di irna sulit dilakukan karena berdasarkan jawaban pasien, ada yang pernyataannya benar, ada yang membenarkan yang tidak sebenarnya. Jadi bisanya evaluasi adalah saat pasien re-mrs karena pengaruh makanan tidak signifikan saat itu terjadi.</p>	
13	P13 (Apoteker)	<p>Pasien mau pulang terkait obatnya adalah kegunaan obatnya, cara pakainya bagaimana, bila ada obat yang terlupa jadwalnya apa yang harus dilakukan, jika ada reaksi alergi contoh alerginya seperti apa dan apa yang harus dilakukan, cara minum obatnya mulai dari sebelum atau sesudah itu juga harus disampaikan, penyimpanan juga penting karena ada beberapa obat yang stabilitas penyimpanannya tergantung suhu. Jadi benar-benar harus dipastikan ketika pulang obatnya dibawa pulang tetap stabil tetap efektif. Metode yang digunakan selama ini masih secara lisan wawancara, idealnya membawa obatnya dan dijelaskan jika ada yang membutuhkan ketrampilan khusus seperti insulin jadi tau cara muternya gimana, jarumnya yang mana, disuntiknya dimana atau bisa juga pakai video tapi selama ini masih menggunakan lisan dan wawancara. Edukasi diberikan idealnya di awal, pasien masuk tau obat apa yang diberikan, bisa diulang saat ada tambahan terapi baru hanya khusus obat baru, jika tidak ada perubahan menurut saya tidak perlu disampaikan kembali. <i>Discharge planning</i> di farmasi banyak yang harus dijelaskan jadi tidak mungkin sangat detail untuk ditulis, tapi yang penting ditulis : apakah ada interaksi, cara penggunaan obat yang aman, jika ada efek samping apa yang harus dilakukan. Tapi selama ini tampilan di form sudah mencakup. Kadang tidak semua pasien jujur mengatakan, kadang mereka hanya mengangguk. Mereka suka dilihat dirinya pintar jadi kita tidak tahu mereka mengerti atau tidak tapi yang jelas untuk evaluasi kita bisa review ulang, kita tanyakan kembali pasien dan keluarga. Jika obatnya banyak pasien dan keluarga bisa lupa maka diberikan semacam resume obatnya untuk apa risikonya untuk apa agar pasien tidak tergantung dari ingatannya tapi ada tertulisnya. Hambatannya adalah saya tidak tau kapan pasien pulang dalam arti berapa lama pasien dirawat menurut PPK dan kondisi membaiknya seperti apa kadang kala tidak tertulis atau saya sendiri yang tidak tahu jadi kesusahannya kita tidak</p>	tidak tau kapan pasien pulang, tidak tau berapa lama perawatan pasien

		<p>bisa melakukan <i>discharge planning</i> sebelumnya. Namanya <i>planning</i> pasti harusnya direncanakan beberapa hari sebelumnya atau ditengah-tengah perawatan itu sudah di <i>discharge</i>. Karena gak tau pulangya kapan, ketemu dokternya kapan itu yang susah buat kami untuk melakukan <i>discharge planning</i>. Teman-teman perawat selalu konfirm jika pasien pulang, kadangkala untuk menyusun suatu <i>discharge</i> perlu waktu. Ketika pasien mengambil terapi pulang di bagian pengambilan obat biasanya sudah dijelaskan cuma memang belum tertulis. Untuk menyusun tulisan butuh waktu meskipun sudah tertera di etiket diminum berapa kali, sebelum atau sesudah makan, perlu dihabiskan atau tidak. kalau untuk : adanya alergi, adanya interaksi obat tidak bisa saat itu juga, harus disusun sebelumnya tidak bisa 1-2 jam sebelumnya. Bagi saya mustahil, paling tidak ditengah-tengah perawatan.</p>	
--	--	---	--

