

TESIS

**PENGEMBANGAN MODEL *DISCHARGE PLANNING* BERBASIS
KNOWLEDGE MANAGEMENT SECI MODEL SEBAGAI UPAYA
PENINGKATAN KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING*
DI RSU MOHAMMAD NOER PAMEKASAN**



**WAHYU DARNANIK
NIM. 131614153061**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

**PENGEMBANGAN MODEL *DISCHARGE PLANNING* BERBASIS
KNOWLEDGE MANAGEMENT SECI MODEL SEBAGAI UPAYA
PENINGKATAN KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING*
DI RSU MOHAMMAD NOER PAMEKASAN**

TESIS

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

Oleh:

WAHYU DARNANIK
131614153061

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

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

Nama : Wahyu Darnanik

NIM : 131614153061

Tanda tangan :



Tanggal : 30 Mei 2018

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

**PENGEMBANGAN MODEL *DISCHARGE PLANNING* BERBASIS
KNOWLEDGE MANAGEMENT SECI MODEL 'S SEBAGAI UPAYA
PENINGKATAN KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING*
DI RSU MOHAMMAD NOER PAMEKASAN**

WAHYU DARNANIK
NIM. 131614153061

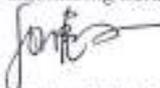
TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 30 MEI 2018

Oleh:

Pembimbing Utama


Prof. Dr. H. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP. 19661225 198903 1 004

Pembimbing Serta


Dr. Rr. Soemanatalina Melaniani, Jr. M.Kes
NIP. 19601225 199003 2 001

Mengetahui,
Ketua Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp, M.Kes
NIP. 19721217 200003 2 001

iv

LEMBAR PENETAPAN PENGUJI

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Wahyu Darnanik
NIM : 131614153061
Program Studi : Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas
Airlangga Surabaya
Judul : Pengembangan Model *Discharge Planning* Berbasis
Knowledge Management SECI Model's Sebagai Upaya
Peningkatan Kemandirian *Activity Daily Living* di RSU
Mohammad Noer Pamekasan

Tesis ini telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji
Program Studi Magister Keperawatan
Pada Tanggal 30 Mei 2018

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Ah. Yusuf, S.Kp, M.Kes
NIP. 19670101 200003 1 002



Anggota : Prof. Dr. H. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP. 19661225 198903 1 004



Dr. Rr. Soemarnatalina Melaniani, Ir., M.Kes
NIP. 19601225 199003 2 001



Dr. M. Hasimuddin S.Kep.Ns., M.Kep
NIDN. 0723058002



Eka Mishahatul M.Has, S.Kep.Ns., M.Kep
NIP. 19850911 201212 2 001



Mengetahui,

Ketua Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya



Dr. Fintia Sukartini, S.Kp, M.Kes
NIP. 19721217 200003 2 001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, atas berkat rahmat dan karunia-Nya, peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Pengembangan Model Pelaksanaan *Discharge Planning* Berbasis *Knowledge Management SECI Model* Sebagai Upaya Peningkatan Kemandirian *Activity Daily Living* di Ruang Irna RSUD Moh. Noer Pamekasan” sesuai waktu yang telah ditentukan.

Dalam penyusunan tesis ini, peneliti mendapat bantuan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan saya menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya serta pembimbing ketua yang telah menyediakan waktu dengan penuh kesabaran memberikan pengarahan dan masukan kepada penulis.
2. Dr. Rr. Soenarnatalina Melaniani, Ir.,M.Kes selaku pembimbing serta yang juga telah menyediakan waktu dengan penuh kesabaran memberikan pengarahan dan masukan kepada penulis.
3. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp.M.Kes selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
4. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp.M.Kes, selaku Wadep III Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya serta penguji yang telah memberi masukan dalam penyusunan tesis
5. Dr. M. Hasinuddin, S.Kep.Ns.,M.Kep, selaku penguji yang telah memberi masukan dalam penyusunan tesis

6. Eka Misbahatul M.Has.,S.Kep.Ns.,M.Kep, selaku Wadep II Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya serta penguji yang telah memberi masukan dalam penyusunan tesis
7. Seluruh direksi RSUD Moh. Noer dan RSUD As Syifa Pamekasan yang telah memberikan ijin, kesempatan dan fasilitas dalam pengambilan data penelitian
8. Orang Tua yang telah mendidik dan merawat saya dari kecil sampai dewasa, jasanya tiada tara.
9. Suami dan buah hatiku yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materiil sehingga penulis dapat menyelesaikan Program Magister Keperawatan.
10. Seluruh dosen, staf pendidikan, perpustakaan, dan tata usaha Program Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
11. Teman-teman Magister angkatan 2016 terutama peminatan manajemen yang telah saling memberi semangat untuk menyelesaikan pendidikan magister.
12. Responden penelitian yang telah membantu peneliti dari awal sampai akhir penelitian.
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan.

Semoga Allah SWT memberikan rahmat-Nya dan membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Peneliti menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, tetapi peneliti berharap tesis ini bermanfaat bagi pembaca dan profesi keperawatan.

Surabaya, Mei 2018

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Wahyu Darnanik
NIM : 131614153061
Program Studi : Magister Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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

"Pengembangan Model *Discharge Planning* Berbasis *Knowledge Management SECI model* sebagai Upaya Peningkatan Kemandirian *Activity Daily Living* di RSU Mohammad Noer Pamekasan".

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga bebas menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan 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 : 30 Mei 2018
Yang Menyatakan



(Wahyu Darnanik)

RINGKASAN

**PENGEMBANGAN MODEL *DISCHARGE PLANNING* BERBASIS
KNOWLEDGE MANAGEMENT SECI MODEL SEBAGAI UPAYA
PENINGKATAN KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING*****Oleh: Wahyu Darnanik**

Discharge planning adalah proses perencanaan yang sistematis dimulai pada saat pasien masuk sampai dengan saat keluar dari rumah sakit. Pelaksanaan *discharge planning* sering dilakukan pada saat pasien diperbolehkan pulang dengan memberikan lembar kontrol ulang. Hasil interview dengan pihak manajerial di RSUD Mohammad Noer Pamekasan menyatakan bahwa dalam melaksanakan perencanaan pulang, beberapa perawat memang tidak sesuai dengan prosedur dan menjalankannya tidak optimal misalnya saat pasien baru datang tidak melakukan orientasi ruangan, tidak memberitahu berapa lama hari rawat, dan tidak mendokumentasikan pendidikan kesehatan yang sudah diberikan kepada pasien dan keluarga mengenai perawatan yang diberikan kepada pasien jika sudah diperbolehkan pulang.

Pendidikan kesehatan yang diberikan perawat di rumah sakit ternyata masih ada beberapa perawat yang hanya melakukan saat pasien akan keluar dari rumah sakit. Kurangnya pelatihan dan sosialisasi mengenai model asuhan keperawatan profesional diantara perawat, sehingga masih sering terjadi kesalahan dalam pemberian *discharge planning*. Pendekatan *knowledge management* yang akan digunakan dalam pelaksanaan *discharge planning* yaitu SECI (*socialization, externalization, combination, internalization*) menurut Nonaka dan Takeuchi (1995). Pendekatan ini merupakan konsep mengelola pengetahuan yang didapatkan dan penerapan dalam pelayanan keperawatan tersebut tercermin dalam kinerja seseorang. Kinerja yang diharapkan tercapai secara optimal pada penelitian ini yaitu kemandirian pasien dalam pemenuhan *activity daily living*.

Penelitian ini ada 2 tahap, pertama menggunakan survey eksplanasi deskriptif dan *quasy experiment*. Sampel penelitian adalah sebagian perawat di RSUD Mohammad Noer dan RSUD As Syifa Pamekasan berjumlah 102 perawat, dan 102 pasien yang dirawat dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*. Variabel penelitian adalah *discharge planning* yang terdiri dari tahapan saat pasien masuk rumah sakit, selama pasien dirawat dan saat pasien keluar dari rumah sakit yang berbasis *knowledge management SECI model* meliputi proses *socialization, externalization, combination, internalization* dan kemandirian ADL meliputi *feeding, toileting, bathing, dressing, transferring, dan continence*. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner dan teknik observasi, kemudian dianalisa menggunakan *Partial Least Square (PLS)*. Hasil PLS kemudian diangkat ke dalam FGD dengan kelompok perawat, kepala ruangan dan manajerial serta melakukan diskusi pakar. Hasil FGD kemudian disusun berdasarkan suatu modul yang diaplikasikan kepada perawat yang memberikan pelayanan terhadap pasien, dan dibagi kelompok pasien kontrol serta kelompok pasien perlakuan, kemudian dievaluasi menggunakan kuesioner dan observasi. Data hasil aplikasi modul kemudian diuji statistik *paired t test* dan *independet t test* dengan $p < 0,05$.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan *discharge planning* masih dalam kategori kurang. Variabel dominan yang mempengaruhi kemandirian ADL pasien yaitu *discharge planning* selama dirawat, *discharge planning* saat MRS dan *discharge planning* saat KRS. *Discharge planning*: saat MRS (peraturan, penatalaksanaan, pengenalan) berbasis *knowledge management SECI model* mempengaruhi kemandirian ADL (*toileting, dressing, bathing, continence, feeding, transferring*) pada pasien. *Discharge planning*: selama klien dirawat (*treatment, health, medication, diet, outpatient referral, environment*) berbasis *knowledge management SECI model* mempengaruhi kemandirian ADL pada pasien. *Discharge planning*: saat KRS (aktivitas, nutrisi, kontrol, obat) berbasis *knowledge management SECI model* mempengaruhi kemandirian ADL pada pasien.

Hasil penerapan modul pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL yaitu ada beda antara kemandirian ADL *pretest* dan *post test* pada kelompok perlakuan serta ada beda antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Penerapan *discharge planning* dilaksanakan dengan mengelola pengetahuan yang sudah dimiliki dalam tahap *socialization*, kemudian diterjemahkan dalam bentuk laporan pada tahap *externalization*, dan melalui proses *combination* dapat mengevaluasi pengetahuan yang sudah diberikan sampai dapat diaplikasikan dalam pelayanan pada tahap *internalization*. Hal itu merupakan pelaksanaan *discharge planning* yang berbasis *knowledge management SECI*.

Pengembangan model *discharge planning* yang berbasis *knowledge management SECI* memberikan rekomendasi 1) Model pelaksanaan *discharge planning* yang berbasis *knowledge management SECI* dapat digunakan oleh perawat rumah sakit sebagai upaya untuk meningkatkan kemandirian pasien dalam pemenuhan ADL. 2) Penerapan model pelaksanaan *discharge planning* yang berbasis *knowledge management SECI* pelaksanaan dimulai sejak pertama pasien masuk rumah sakit. 3) Penelitian lebih lanjut perlu untuk menganalisis hubungan pelaksanaan *discharge planning* dengan kemandirian ADL pada pasien tertentu.

SUMMARY**DISCHARGE PLANNING DEVELOPMENT MODEL BASED ON KNOWLEDGE MANAGEMENT SECI MODEL AS EFFORT FOR INCREASING ACTIVITY DAILY LIVING INDEPENDENCE*****By: Wahyu Darnanik***

Discharge planning is a systematic planning process begun at the time the patient enters until the time out of the hospital. Implementation of discharge planning is often done when the patient is allowed to go home by giving a re-control sheet. The results of interview with the managerial side at Mohammad Noer Pamekasan Hospital stated that in carrying out the planning to go home, some nurses are not in accordance with the procedure and run it is not optimal for example when the new patient comes not doing the orientation of the room, not telling how long the day of care, and not documenting health education which has been given to patients and families regarding the care given to the patient if it is allowed to go home.

Health education provided by nurses in hospitals was still there are some nurses who only do when the patient will be discharged from the hospital. Lack of training and socialization of the model of professional nursing care among nurses, so there is still often a mistake in the discharge planning. Knowledge management approach that will be used in discharge planning is SECI (socialization, externalization, combination, internalization) according to Nonaka and Takeuchi (1995). This approach is the concept of managing acquired knowledge and application in nursing services as reflected in one's performance. The expected performance is achieved optimally in this research that is patient independence in fulfilling daily living activity.

This research has 2 stages, first using descriptive explanation survey and quasy experiment. The sample of this research is the nurse of Mohammad Noer and RSU As Syifa Pamekasan, 102 nurses, and 102 treated patients were selected using purposive sampling technique. The research variables are discharge planning consisting of the stages when the patient is admitted to the hospital, while the patient is being treated and when the patient is discharged from the hospital based SECI model knowledge management includes socialization, externalization, combination, internalization and ADL independence process including feeding, toileting, bathing, dressing, transferring, and continence. Data were collected by using questionnaire and observation technique, then analyzed using Partial Least Square (PLS). The PLS result was then appointed to the FGD with a group of nurses, heads of the room and managerial. The FGD results were then prepared on the basis of a module applied to nurses providing patient care, and divided by control group and treatment group groups, then evaluated using questionnaires and observations. The data of the module application is then tested by paired t test and independet t test statistics with $p < 0,05$.

The results showed that the implementation of discharge planning is still in the category of less. Dominant variables affecting ADL independence of patients that is discharge planning during treatment, discharge planning during hospital admission and discharge planning at the Out of Hospital. Discharge planning: admission (rules, management, recognition) based on knowledge management SECI model affects ADL independence (toileting, dressing, bathing, continence, feeding, transferring) in patients. Discharge planning: intra hospitalization (treatment, health, medication, diet, outpatient referral, environment) SECI-based knowledge management model affects ADL independence in patients. Discharge planning: pre-discharge (activity, nutrition, control, medicine) based on knowledge management SECI model affects ADL independence in patients.

The results of the implementation of SECI model knowledge management based discharge planning module on the independence of ADL, there is a difference between the independence of ADL pretest and post test in the treatment group and there is a difference between the treatment group and the control group.

The application of discharge planning is carried out by managing the knowledge already possessed in the socialization stage, then translated in the form of a report on the externalization stage, and through the combination process can evaluate the knowledge already given until it can be applied in the service at the stage of internalization. It is a discharge planning implementation based on SECI knowledge management.

Development of SECI based knowledge management discharge planning model recommends 1) Discharge planning implementation model based on SECI knowledge management can be used by hospital nurses in an effort to improve patient independence in ADL compliance. 2) Implementation of discharge planning implementation model based on knowledge management SECI implementation started from first patient to hospital. 3) Further research is needed to analyze the relationship of discharge planning implementation with ADL independence in certain patients.

ABSTRAK

PENGEMBANGAN MODEL *DISCHARGE PLANNING* BERBASIS *KNOWLEDGE MANAGEMENT SECI MODEL* SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING***Oleh: Wahyu Darnanik**

Latar Belakang: Pelaksanaan *discharge planning* dilakukan dengan mengidentifikasi kebutuhan perawatan yang diperlukan pasien selama di rumah. Hal ini dapat meningkatkan kemandirian *activity daily living* serta mengurangi resiko kekambuhan. Tujuan penelitian ini yaitu mengembangkan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL.

Metode: Desain penelitian menggunakan survey eksplanasi deskriptif dan *quasy experiment*. Sampel penelitian adalah sebagian perawat di RSUD Mohammad Noer dan RSUD As Syifa Pamekasan berjumlah 102 perawat, dan 102 pasien yang dirawat, dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* serta pasien yang dirawat di ruang paviliun dan Irna 1 berjumlah 25 pasien, dipilih dengan menggunakan teknik *simple random sampling*. Variabel penelitian adalah *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model*, dan kemandirian ADL. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner dan observasi.

Hasil dan Analisis: Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh *discharge planning* (saat masuk rumah sakit, selama dirawat dan saat diperbolehkan pulang) berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL. Hasil penerapan modul menunjukkan bahwa ada pengaruh *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL.

Kesimpulan: *Discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* mempengaruhi kemandirian ADL. *Discharge planning* dilaksanakan dengan mengelola pengetahuan yang sudah dimiliki dalam tahap *socialization*, kemudian diterjemahkan dalam bentuk laporan pada tahap *externalization*, dan melalui proses *combination* dapat mengevaluasi pengetahuan yang sudah diberikan sampai dapat diaplikasikan dalam pelayanan pada tahap *internalization*. Model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* diharapkan dapat digunakan oleh perawat di rumah sakit dan institusi lainnya sebagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan pasien agar mandiri dalam melakukan perawatan di rumah.

Keywords: *discharge planning, knowledge management, SECI model, kemandirian ADL*

ABSTRACT**DISCHARGE PLANNING DEVELOPMENT MODEL BASED ON KNOWLEDGE MANAGEMENT SECI MODEL AS EFFORT FOR INCREASING ACTIVITY DAILY LIVING INDEPENDENCE**

By : Wahyu Darnanik

Introduction : Discharge planning implementation was done by identifying nursing care that patient need of the patient during at home. It can increase the activity daily living independence and decrease readmission risk. The objective of this study was to develop discharge planning model based on *knowledge management SECI model* toward ADL independency. **Methods**: descriptive explanation survey and quasy experiment was employed in this study. 102 nurses in RSU Mohammad Noer and RSU As Syifa Pamekasan, and 102 patients were chosen as sample by purposive sampling, and patient who were hospitalized in pavilion ward and 1st ward were chosen by simple random sampling technique. Variables were discharge planning based on knowledge management SECI model, ADL independency. Data collected with questionnaire and observation. **Result and Analysis**: The findings indicate that there is relationship between discharge planning (admission, intra hospitalized, and admitted to discharge) based on knowledge management SECI model with ADL independency. Modul implementation showed that there's relationship between discharge planning based on knowledge management SECI model with ADL independency. **Conclusion**: Discharge planning based on knowledge management SECI mode's affect the ADL independency. Discharge planning was implemented by managing knowledge gotten in socialization phase, encrypting into report in externalization phase, and through combination process it can evaluate the given knowledge till it applied at nursing care service in internalization phase. Discharge planning model based on knowledge management SECI model expected that it can be used by nurse to improve patient's knowledge to do self care in home.

Keywords: discharge planning, knowledge management, SECI model, ADL independency

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS	iv
LEMBAR PENETAPAN PENGUJI	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
RINGKASAN	ix
SUMMARY	xi
ABSTRAK.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
DAFTAR ISI	xv
DAFTAR TABEL.....	xix
DAFTAR GAMBAR.....	xxi
DAFTAR LAMPIRAN	xxii
DAFTAR SINGKATAN	xxiii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah.....	5
1.3 Rumusan Masalah	5
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum	6
1.4.2 Tujuan Khusus	6
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.5.1 Manfaat Teoritis	7
1.5.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep <i>Discharge Planning</i>	8
2.1.1 Pengertian <i>Discharge Planning</i>	8
2.1.2 Tujuan <i>Discharge Planning</i>	9
2.1.3 Manfaat <i>Discharge Planning</i>	10
2.1.4 Prinsip <i>Discharge Planning</i>	11
2.1.5 Jenis <i>Discharge Planning</i>	12
2.1.6 Komponen <i>Discharge Planning</i>	13
2.1.7 Faktor yang mempengaruhi <i>discharge planning</i>	14
2.1.8 Faktor yang dikaji dalam <i>discharge planning</i>	16
2.1.9 Alur <i>Discharge Planning</i>	18
2.1.10 Langkah <i>Discharge Planning</i>	19
2.1.11 Proses Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i>	20
2.1.12 Pemberi Layanan <i>Discharge Planning</i>	25
2.1.13 Ketersediaan Fasilitas <i>Discharge Planning</i>	26
2.2 Konsep <i>Knowledge Management</i>	29
2.2.1 Pengertian <i>Knowledge</i>	29
2.2.2 Pengertian <i>Knowledge Management</i>	31
2.2.3 Tujuan <i>Knowledge Management</i>	33
2.2.4 Jenis <i>Knowledge Management</i>	34

2.2.5 Tipe Knowledge Management	36
2.2.6 SECI model	38
2.3 Konsep Kemandirian <i>Activity Daily Living</i>	43
2.3.1 Pengertian <i>ADL</i>	43
2.3.2 Faktor yang mempengaruhi <i>ADL</i>	43
2.3.3 Cara mengukur kemandirian <i>ADL</i>	46
2.4 <i>Theoretical Mapping</i>	48
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	55
3.1 Kerangka Konseptual	55
3.2 Hipotesis	57
BAB 4 METODE PENELITIAN	58
4.1 Tahap Penelitian I	58
4.1.1 Desain Penelitian	58
4.1.2 Populasi, sampel dan teknik <i>sampling</i>	59
4.1.3 Variabel dan definisi operasional penelitian	60
4.1.4 Instrumen Penelitian	65
4.1.5 Analisis Data	68
4.2 Tahap Penelitian II	74
4.2.1 Desain Penelitian	74
4.2.2 Populasi, sampel dan teknik <i>sampling</i>	75
4.2.3 Variabel dan definisi operasional penelitian	76
4.2.4 Instrumen Penelitian	78
4.2.5 Analisis Data	78
4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian	79
4.3.1 Lokasi Penelitian	79
4.3.2 Waktu Penelitian	79
4.4 Prosedur Pengumpulan Data	80
4.5 Kerangka Operasional	82
4.6 Etik Penelitian	83
BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN	84
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	84
5.2 Hasil Penelitian Tahap I	85
5.2.1 Karakteristik Demografi Responden	86
5.2.2 Deskripsi Variabel Penelitian	87
5.2.3 Pengembangan Model <i>Discharge Planning</i> Berbasis <i>Knowledge Management SECI Model</i> Sebagai Upaya Peningkatan Kemandirian <i>ADL</i>	92
5.2.4 Pelaksanaan FGD (<i>Focus Group Discussion</i>)	100
5.3 Hasil Penelitian Tahap II	103
5.3.1 Karakteristik Responden Penelitian	104
5.3.2 Analisis Pengaruh Modul Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i> Berbasis <i>Knowledge Management SECI Model</i> Terhadap Kemandirian <i>ADL</i>	107
BAB 6 PEMBAHASAN	114
6.1 Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i>	114
6.2 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> Saat MRS Berbasis <i>Knowledge Management SECI Model</i> Terhadap Kemandirian <i>ADL</i>	115
6.3 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> Selama Dirawat Berbasis <i>Knowledge Management SECI Model</i> Terhadap Kemandirian <i>ADL</i>	117

6.4 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> Saat KRS Berbasis <i>Knowledge Management SECI Model</i> Terhadap Kemandirian ADL	119
6.5 Pengaruh <i>Discharge Planning</i> Berbasis <i>Knowledge Management SECI Model</i> Terhadap Kemandirian ADL	120
6.6 Hasil Temuan Penelitian	123
6.7 Keterbatasan Penelitian	125
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	126
7.1 Kesimpulan	126
7.2 Saran	127
DAFTAR PUSTAKA.....	128
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Langkah memulangkan pasien	19
Tabel 2.2	Pelaksanaan kegiatan <i>discharge planning</i>	26
Tabel 2.3	Perbedaan pengetahuan tacit dan pengetahuan eksplisit.....	35
Tabel 2.4	Empat proses konversi dalam penciptaan pengetahuan.....	42
Tabel 2.5	<i>Theoretical maaping</i> Pengembangan Model <i>Discharge Planning</i> Berbasis <i>Knowledge Management SECI Model</i> Sebagai Upaya Peningkatan Kemandirian ADL	48
Tabel 4.1	Besar Sampel Pengembangan Model <i>Discharge Planning</i> Berbasis <i>Knowledge Management SECI Model</i> Sebagai Upaya Peningkatan Kemandirian ADL	59
Tabel 4.2	Variabel Penelitian Tahap 1 Pengembangan Model <i>Discharge Planning</i> Berbasis <i>Knowledge Management SECI Model</i> Sebagai Upaya Peningkatan Kemandirian ADL	60
Tabel 4.3	Definisi Operasional Penelitian Tahap 1 Pengembangan Model <i>Discharge Planning</i> Berbasis <i>Knowledge Management SECI Model</i> Sebagai Upaya Peningkatan Kemandirian ADL	61
Tabel 4.4	Kerangka Desain Penelitian Pengembangan Model <i>Discharge Planning</i> Berbasis <i>Knowledge Management SECI Model</i> Sebagai Upaya Peningkatan Kemandirian ADL	74
Tabel 4.5	Besar Sampe Penelitian Tahap Dua	75
Tabel 4.6	Variabel Penelitian Pengembangan Model <i>Discharge Planning</i> Berbasis <i>Knowledge Management SECI Model</i> Sebagai Upaya Peningkatan Kemandirian ADL .untuk desain penelitian tahap 2.....	76
Tabel 4.7	Definisi Operasional Penelitian Tahap 2 Pengembangan Model <i>Discharge Planning</i> Berbasis <i>Knowledge Management SECI Model</i> Sebagai Upaya Peningkatan Kemandirian ADL	76
Tabel 4.8	Jadwal Penelitian Pengembangan Model Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i> Berbasis <i>Knowledge Management SECI Model</i> Sebagai Upaya Peningkatan Kemandirian ADL	79
Tabel 5.1	Karakteristik responden perawat RSUD Mohammad Noer dan RSUD As Syifa Pamekasan	86
Tabel 5.2	<i>Discharge planning</i> saat masuk rumah sakit di RSUD Mohammad Noer dan As Syifa Pamekasan pada Bulan Februari 2018	87
Tabel 5.3	<i>Discharge planning</i> selama klien dirawat di RSUD Mohammad Noer dan As Syifa Pamekasan pada Bulan Februari 2018	88
Tabel 5.4	<i>Discharge planning</i> saat KRS dirawat di RSUD Mohammad Noer dan As Syifa Pamekasan pada Bulan Februari 2018	88
Tabel 5.5	Pelaksanaan <i>discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management SECI model</i>	89
Tabel 5.6	Kemandirian ADL Pasien di RSUD Mohammad Noer dan RSUD As Syifa Pamekasan pada bulan Februari 2018	91
Tabel 5.7	Hasil validitas konvergen pengembangan model <i>discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management SECI model</i> sebagai upaya peningkatan kemandirian ADL	92

Tabel 5.8	Hasil <i>composite reliability</i> pengembangan model <i>discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management seci model</i> sebagai upaya peningkatan kemandirian ADL	94
Tabel 5.9	Hasil uji hipotesis pengembangan model <i>discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management seci model</i> sebagai upaya peningkatan kemandirian ADL	95
Tabel 5.10	Hasil FGD penelitian pengembangan model <i>discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management SECI model</i> terhadap kemandirian ADL tahun 2018	101
Tabel 5.11	Distribusi responden perawat pada kelompok kontrol dan perlakuan di RSUD Mohammad Noer Pamekasan (n=26)	104
Tabel 5.12	Distribusi responden pasien pada kelompok kontrol dan perlakuan di RSUD Mohammad Noer Pamekasan (n=25).....	106
Tabel 5.13	Distribusi frekuensi pelaksanaan modul <i>discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management SECI model</i> pada kelompok kontrol di RSUD Mohammad Noer Pamekasan tahun 2018 (n=11)	107
Tabel 5.14	Distribusi frekuensi pelaksanaan modul <i>discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management SECI model</i> pada kelompok perlakuan di RSUD Mohammad Noer Pamekasan tahun 2018 (n=15)	108
Tabel 5.15	Distribusi frekuensi kemandirian ADL pada kelompok kontrol di RSUD Mohammad Noer Pamekasan tahun 2018 (n=11)	110
Tabel 5.16	Distribusi frekuensi kemandirian ADL pada kelompok perlakuan di RSUD Mohammad Noer Pamekasan tahun 2018 (n=14)	110
Tabel 5.17	Hasil uji t pelaksanaan modul <i>discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management SECI model</i> pada perawat di RSUD Mohammad Noer Pamekasan tahun 2018 (n=26)	111
Tabel 5.18	Distribusi frekuensi kemandirian ADL pada kelompok kontrol dan perlakuan di RSUD Mohammad Noer Pamekasan tahun 2018 (n=25)	112
Tabel 5.19	Hasil uji t pelaksanaan modul <i>discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management SECI model</i> terhadap kemandirian ADL di RSUD Mohammad Noer Pamekasan tahun 2018 (n=25)	112
Tabel 6.1	Hasil Temuan Penelitian	123

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Kajian Masalah Pengembangan Model <i>Discharge Planning</i> Berbasis <i>Knowledge Management SECI Model</i> Sebagai Upaya Peningkatan Kemandirian ADL	5
Gambar 2.1	Langkah memulangkan pasien	19
Gambar 2.2	Pelaksanaan Kegiatan <i>Discharge Planning</i>	26
Gambar 2.3	Format <i>Discharge Planning</i>	28
Gambar 2.4	SECI Model Oleh Nonaka dan Takeuchi.....	38
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Pengembangan Model <i>Discharge Planning</i> Berbasis <i>Knowledge Management SECI Model</i> Sebagai Upaya Peningkatan Kemandirian ADL ..	55
Gambar 4.1	Kerangka Analisis Pengembangan Model Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i> Berbasis <i>Knowledge Management SECI Model</i> Sebagai Upaya Peningkatan Kemandirian ADL	73
Gambar 4.2	Kerangka operasional penelitian pengembangan model <i>discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management SECI model</i> sebagai upaya peningkatan kemandirian ADL	82
Gambar 5.1	Nilai <i>outer loading</i> pada pengembangan model <i>discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management SECI model</i> sebagai upaya peningkatan kemandirian ADL	93
Gambar 5.2	Hasil analisis model <i>discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management SECI model</i> sebagai upaya peningkatan kemandirian ADL	97
Gambar 6.1	Hasil pemodelan akhir pengembangan model <i>discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management SECI model</i> sebagai upaya peningkatan kemandirian ADL	124

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Ijin Penelitian	132
Lampiran 2	Ijin dari Bakesbangpol	133
Lampiran 3	Ijin dari RSUD As Syifa Pamekasan	134
Lampiran 4	Ijin dari RSUD Mohammad Noer Pamekasan	135
Lampiran 5	Permohonan Fasilitas Penelitian	136
Lampiran 6	Ijin dari RSUD Mohammad Noer Pamekasan	137
Lampiran 7	Ijin dari RSUD As Syifa Pamekasan	138
Lampiran 8	Informed Consent	139
Lampiran 9	Sertifikat Uji Etik	140
Lampiran 10	Informed Consent	141
Lampiran 11	Kuesioner Variabel Independen	142
Lampiran 12	Kuesioner Variabel Dependen	151
Lampiran 13	Panduan FGD	152
Lampiran 14	Informed Consent FGD	155
Lampiran 15	Lembar Persetujuan Menjadi Peserta FGD	156
Lampiran 16	Daftar Hadir Peserta FGD	157
Lampiran 17	Hasil Analisis Uji Statistik	159

DAFTAR SINGKATAN

- KM : *Knowledge Management*
SECI : *Socialization, Externalization, Combination, Internalization*
ADL : *Activity Daily Living*
MAKP : Model Asuhan Keperawatan Profesional

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perencanaan pulang (*discharge planning*) dianggap sebagai bagian yang penting dalam pelayanan kesehatan saat ini. Perencanaan pulang merupakan proses perencanaan yang sistematis dimulai pada saat pasien masuk sampai dengan saat keluar dari rumah sakit. Perencanaan pulang ini harus berpusat pada masalah pasien yaitu meliputi pencegahan, rehabilitatif serta asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menyiapkan pasien dan keluarga agar dapat memahami penyakit serta tindakan keperawatan yang harus dilakukan di rumah, menjelaskan kebutuhan pasien serta meyakinkan bahwa rujukan yang diperlukan untuk perawatan selanjutnya. Saat ini perencanaan pulang bagi pasien yang dirawat belum optimal dimana perawat masih terbatas pada pelaksanaan kegiatan rutinitas saja yang berupa informasi kontrol ulang (Nursalam, 2016). Fenomena yang sering terjadi adalah *discharge planning* dilakukan hanya pada saat pasien diperbolehkan pulang saja dan standar pelaksanaannya tidak sesuai dengan MAKP (Model Asuhan Keperawatan Profesional), hal ini seperti yang terjadi di Rumah Sakit Moh. Noer Pamekasan.

Model *discharge planning* yang terdapat pada format perencanaan pulang masih ada beberapa yang kurang sesuai dengan penggunaan format dalam MAKP (Model Asuhan Keperawatan Profesional), perawat hanya memberikan lembar kontrol pada pasien pada saat hari pemulangan, sedangkan saat pasien masuk Rumah Sakit dan sebelum hari pemulangan tidak dilaksanakan

perencanaan pulang. Pemberian *health education* pada pasien saat hari pemulangan sering tidak dilakukan sepenuhnya oleh perawat, dikarenakan pasien terburu pulang yang kemungkinan bisa menyebabkan kesalahan komunikasi antar pasien atau keluarga. Model asuhan keperawatan profesional yang memudahkan perawat dalam pelaksanaan model *discharge planning* diperlukan sehingga kegiatan perencanaan pemulangan dilaksanakan dengan baik oleh perawat yang terdapat pada RSUD Moh. Noer Pamekasan.

Rumah Sakit Umum Moh. Noer Pamekasan sebagai *stakeholder* pelayanan kesehatan sebaiknya menjalankan MAKP yang salah satu komponennya adalah *discharge planning*. Pelaksanaan *discharge planning* yang efektif dapat dilakukan dengan upaya pendidikan dan pelatihan untuk perawat dan perubahan sistem. Pendidikan dan pelatihan perawat bertujuan untuk memperbaiki sikap perawat terhadap pelaksanaan *discharge planning* dan akan berdampak pada seluruh unit (Suzuki S *et al*, 2012).

Penelitian mengenai pelaksanaan *discharge planning* oleh Hariyati T dkk (2008) di Indonesia sudah dilakukan dan hasilnya adalah 36% perawat belum melaksanakan perencanaan pulang; 56% dari yang melaksanakan perencanaan pulang belum melaksanakannya berdasarkan perencanaan terstruktur dan pengkajian kebutuhan pasien; 84% perawat belum mempunyai Satuan Acara Pembelajaran (SAP) dalam melaksanakan perencanaan pulang dan 24% perawat mengatakan media pembelajaran tidak memadai untuk pelaksanaan perencanaan pulang, sehingga menimbulkan kendala dalam melaksanakan perencanaan pulang yang baik. Penelitian yang dilakukan Grahaam *et al* (2012), ketaatan terhadap kebijakan *discharge planning* masih rendah (23%), terlepas dari kesadaran umum

akan berkurangnya kualitas *outcome* pasien. Hambatan paling umum untuk *discharge planning* yang diidentifikasi adalah kurangnya waktu dari perawat dan faktor pasien. Pasien paling tidak puas dengan informasi yang diberikan oleh perawat mengenai apa yang diizinkan untuk dilakukan atau harus dihindari setelah dipulangkan (Ubbink *et al*, 2014). *Discharge planning* yang dilakukan secara sistematis sesuai standar dapat memudahkan pasien mengikuti arahan dan petunjuk perawatan diri setelah dipulangkan (Holland *and* Bowles, 2012). Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa perawat memiliki peran penting dalam meningkatkan perilaku pasien dengan pemberian *discharge planning*.

Pengumpulan data tentang perencanaan pulang di RSUD Moh. Noer Pamekasan dilakukan oleh peneliti pada bulan September 2017 di RS Moh. Noer Pamekasan dengan melakukan observasi dan wawancara. Hasil wawancara dengan koordinator bagian pelayanan keperawatan yaitu ketidakefektifan pelaksanaan *discharge planning* merupakan masalah yang sudah lama terjadi. Standar prosedur perencanaan pulang belum tersedia mulai dari pasien masuk rumah sakit, sebelum pemulangan pasien dan saat hari pemulangan. Perawat yang pernah mengikuti pelatihan MAKP (model asuhan keperawatan profesional) hanya 5 perawat (6,7%). Hasil wawancara dengan kepala ruangan Ruang Irna 2 yaitu perawat sebenarnya tahu bahwa pelaksanaan *discharge planning* tidak hanya saat hari pemulangan. Hasil wawancara dengan 6 dari 20 perawat (30%) yaitu dari 6 perawat tersebut menyatakan bahwa terkadang mereka tidak ada waktu untuk memberikan *health education* karena banyaknya tindakan yang harus dilakukan pada pasien dan faktor dari pasien sendiri yang terburu untuk pulang. Pelaksanaan *discharge planning* yang dilakukan kurang optimal yaitu hanya 3 perawat (15%)

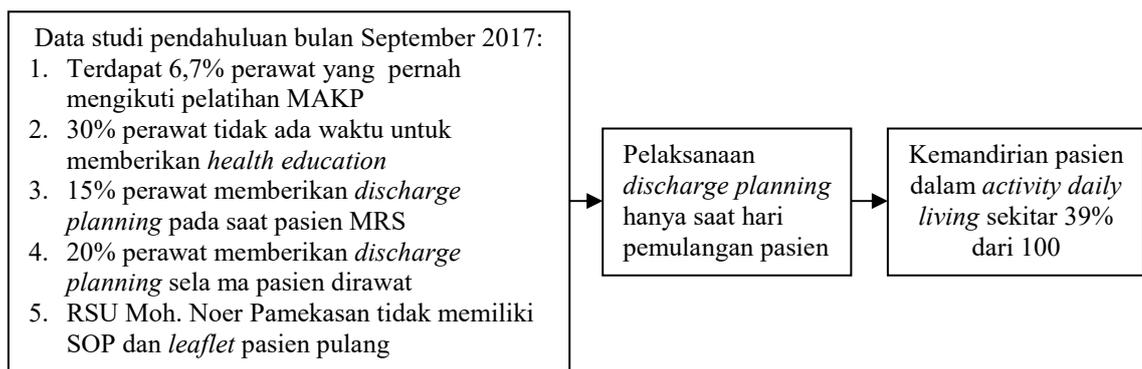
yang memberikan *discharge planning* pada saat pasien masuk dan 4 perawat (20%) memberikan *discharge planning* selama pasien dirawat. Hasil observasi peneliti tentang format *discharge planning* yang ada di Ruang Irna RSUD Moh. Noer hanya terdapat lembar kontrol pasien pulang dan tidak satupun ruangan yang memiliki SOP *discharge planning*, serta *leaflet* untuk pasien pulang. Data kemandirian *activity daily living* dari 100 pasien pada bulan Oktober 2017 di RSUD Pamekasan ditemukan bahwa 39% pasien mandiri dalam memenuhi ADL yang meliputi *feeding, toileting, bathing, dressing, transferring, dan continence*.

Discharge planning dapat mengurangi hari/ lama perawatan pasien, mencegah kekambuhan, meningkatkan kondisi kesehatan pasien, menurunkan beban keluarga pasien, dan menurunkan angka mortalitas dan morbiditas (Pemila, 2011). Perawat memiliki peran yang utama dalam memberikan perencanaan pulang, untuk itu perawat perlu memiliki pengetahuan tentang tujuan dan manfaat *discharge planning*. *Knowledge management* digunakan sebagai upaya untuk mempertahankan, menganalisis, mengorganisasi, meningkatkan, dan berbagi pemahaman dan pengalaman. Sebagian besar pengetahuan dapat diperoleh dari beberapa faktor meliputi pendidikan, pengalaman sendiri maupun orang lain, media massa maupun lingkungan. Pendekatan *knowledge management* yang akan digunakan dalam pelaksanaan *discharge planning* yaitu menurut Gasik (2011) merupakan pengembangan *knowledge management* dari konsep Nonaka dan Takeuchi (1995). Salah satu tahap dari *knowledge management* adalah proses transfer *knowledge* yang juga disebut SECI model. Keuntungan dari penggunaan model SECI dalam proses pembelajaran antara lain adalah untuk mengapresiasi

dinamika dari sifat *knowledge* dan penciptaan *knowledge* dan menyediakan kerangka kerja bagi manajemen terkait (Kosasih, 2006).

Pendekatan *knowledge management SECI model* ini merupakan konsep mengelola suatu pengetahuan yang sudah didapatkan untuk dapat diterapkan ke praktek sesuai dengan pengetahuan yang telah didapat terhadap pelaksanaan *discharge planning* sehingga terdapat peningkatan kemandirian pasien dalam *activity daily living*, peningkatan perilaku pasien dan mengurangi angka kekambuhan.

1.2 Kajian Masalah



Gambar 1.1 Kajian masalah pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model's* sebagai upaya peningkatan kemandirian *activity daily living*

1.3 Rumusan Masalah

1. Apakah ada pengaruh pelaksanaan *discharge planning*: saat MRS berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL?
2. Apakah ada pengaruh pelaksanaan *discharge planning*: selama dirawat berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL?

3. Apakah ada pengaruh pelaksanaan *discharge planning*: saat KRS berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL?
4. Apakah ada pengaruh pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengembangkan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* sebagai upaya peningkatan kemandirian *activity daily living* di RSUD Mohammad Noer Pamekasan.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengevaluasi pelaksanaan *discharge planning* di RSUD Pamekasan
- 2) Menganalisis pengaruh pelaksanaan *discharge planning*: saat MRS berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL
- 3) Menganalisis pengaruh pelaksanaan *discharge planning*: selama dirawat berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL
- 4) Menganalisis pengaruh pelaksanaan *discharge planning*: saat KRS berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL
- 5) Menganalisis pengaruh pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan bentuk pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* yang diharapkan dapat memberikan informasi tentang formulasi model *discharge planning* yang sesuai standar keperawatan sehingga bermanfaat dalam memberikan wacana dan sumbangan pemikiran untuk pengembangan keilmuan manajemen keperawatan yang berhubungan dengan pelaksanaan *discharge planning*.

1.5.2 Manfaat Praktis

- 1) Mengembangkan model *discharge planning* untuk meningkatkan kemandirian pasien dalam *activity daily living* dan mengurangi angka kekambuhan dengan tetap mempertahankan bentuk *discharge planning* yang berkualitas.
- 2) Memberikan masukan kepada pihak manajemen pelayanan keperawatan dalam upaya meningkatkan kinerja pelaksanaan *discharge planning* melalui penerapan *knowledge management*.
- 3) Meningkatkan pengetahuan perawat mengenai *discharge planning* sehingga mampu meningkatkan kinerja perawat dalam memberikan perawatan dan mutu pelayanan

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Discharge Planning*

2.1.1 Pengertian *discharge planning*

Perencanaan pulang atau *discharge planning* adalah proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu tingkat asuhan ke tingkat lain di dalam atau di luar institusi layanan kesehatan saat ini (Kozier *et al*, 2010). Biasanya perencanaan pulang mengacu pada pemulangan pasien ke rumah dari rumah sakit dan perencanaan pulang juga terjadi antar-tatanan perawatan. Dalam sebuah fasilitas, hal ini dapat terjadi dari satu unit ke unit lain. Sebagai contoh, pasien yang mengalami cedera pembuluh darah otak dapat pindah dari unit medis ke unit rehabilitasi, atau pasien yang mengalami *trauma multiple* dapat pindah dari unit gawat darurat ke unit perawatan intensif. Pasien dapat juga pindah dari rumah sakit ke institusi layanan kesehatan jangka panjang, dari pusat rehabilitasi ke rumah, atau dari tatanan perawatan di rumah ke rumah sakit, dan sebagainya.

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 (Carpenito, 1999 dalam Nursalam, 2011). Menurut Hurts (1990) dalam Nursalam (2011), perencanaan pulang merupakan proses yang dinamis agar tim kesehatan mendapatkan kesempatan yang cukup untuk menyiapkan pasien melakukan perawatan mandiri di rumah. Perencanaan pulang

didapatkan dari proses interaksi dimana perawat profesional, pasien dan keluarga berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur kontinuitas keperawatan. Perencanaan pulang diperlukan oleh pasien dan harus berpusat pada masalah pasien, yaitu pencegahan, terapeutik, rehabilitatif, serta perawatan rutin yang sebenarnya (Swenberg, 2000 dalam Nursalam, 2015).

Tiap instansi biasanya memiliki kebijakan dan prosedur sendiri terkait perencanaan pulang. Banyak instansi memiliki perencanaan pemulangan, seorang profesional layanan kesehatan atau layanan sosial yang mengkoordinasi pemindahan dan bertindak sebagai penghubung antara institusi yang memulangkan pasien dan fasilitas yang menerima pasien tersebut. Sering kali, perawat mengemban tanggung jawab ini dalam memberikan kontinuitas asuhan (Kozier, et al., 2010).

2.1.2 Tujuan *discharge planning*

Menurut Jipp *and* Siras (1986) yang dikutip Nursalam (2015) perencanaan pulang bertujuan:

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

Ronden *and* Traft (1993) dalam Nursalam (2015) mengungkapkan bahwa perencanaan pulang bertujuan membantu pasien dan keluarga untuk dapat memahami permasalahan dan upaya pencegahan yang harus ditempuh sehingga dapat mengurangi risiko kambuh, serta menukar informasi antara pasien sebagai penerima pelayanan dengan perawat dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit.

Christensen dan Kockrow (2011) menyebutkan bahwa *discharge planning* pada akhirnya memiliki tujuan untuk memastikan pasien melakukan hal-hal sebagai berikut:

1. Mengerti tentang penyakitnya
2. Patuh pada terapi medikasinya
3. Mengikuti anjuran dietnya dengan hati-hati
4. Mengatur level aktivitasnya
5. Memahami *treatment* yang harus dijalani
6. Mengetahui komplikasi yang mungkin terjadi
7. Mengetahui kapan harus kontrol ke pelayanan kesehatan untuk *follow-up*

2.1.3 Manfaat *discharge planning*

Menurut Spath (2003) yang dikutip Nursalam dalam Modul Manajemen Bangsal (2012) perencanaan pulang mempunyai manfaat:

1. Dapat memberikan kesempatan untuk memperkuat pengajaran kepada pasien yang dimulai dari rumah sakit
2. Dapat memberikan tindak lanjut yang sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas perawatan pasien

3. Mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan perawatan baru
4. Membantu kemandirian pasien dalam kesiapan melakukan perawatan di rumah.

2.1.4 Prinsip *discharge planning*

Menurut Nursalam (2015) prinsip dalam perencanaan pulang antara lain:

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

Perencanaan pulang perlu disusun sejak pasien masuk ke instansi, terutama di rumah sakit dengan masa rawat inap yang semakin singkat (Kozier *et al*, 2010).

Perencanaan yang efektif mencakup:

1. Pengkajian berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif mengenai kebutuhan pasien yang terus muncul,
2. Pernyataan diagnosis keperawatan, dan
3. Rencana untuk memastikan kebutuhan pasien dan pemberi asuhan terpenuhi.

2.1.5 Jenis *discharge planning*

Chesca (1982) yang dikutip oleh Nursalam dan Efendi (2009) mengklasifikasikan jenis-jenis pemulangan pasien sebagai berikut.

1. Pulang sementara atau cuti (*conditioning discharge*). Keadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi pasien baik dan tidak terdapat komplikasi. Pasien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau puskesmas terdekat.
2. Pulang mutlak atau selamanya (*absolute discharge*). Cara ini merupakan akhir dari hubungan pasien dengan rumah sakit tapi apabila pasien perlu dirawat kembali, maka prosedur perawatan dapat dilakukan kembali.
3. Pulang paksa (*judicial discharge*). Kondisi ini pasien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang, tetapi pasien harus dipantau dengan melakukan kerja sama dengan perawat puskesmas terdekat.

2.1.6 Komponen *discharge planning*

Menurut Jipp dan Sirass (1986) dalam Nursalam (2011), komponen perencanaan pulang terdiri atas:

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 pasien 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 pasien, obat-obat tersebut tetap dibawa pulang pasien;
4. Hasil pemeriksaan, termasuk hasil pemeriksaan luar sebelum MRS dan hasil pemeriksaan selama MRS, semua diberikan ke pasien saat pulang;
5. Surat-surat seperti surat keterangan sakit, surat kontrol.

Menurut *The Medical City Good Hospital* dalam modul *practice training series* (2009), komponen *discharge planning* terdiri dari: menyediakan informasi *evidence based* kepada pasien, memastikan pemahaman pasien, memastikan kembali kerja sama terapeutik dengan pasien.

2.1.7 Faktor yang mempengaruhi *discharge planning*

Menurut Potter *and* Perry (2005), program perencanaan pulang (*discharge planning*) pada dasarnya merupakan program pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien. Keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari perawat dan juga dari pasien. Menurut Notoadmodjo (2003) dalam Waluyo (2010:17-18), faktor yang berasal dari perawat yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan adalah sikap, emosi, pengetahuan dan pengalaman masa lalu.

- a. Sikap yang baik yang dimiliki perawat akan mempengaruhi penyampaian informasi kepada pasien, sehingga informasi akan lebih jelas untuk dapat dimengerti pasien.
- b. Pengendalian emosi yang dimiliki perawat merupakan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pendidikan kesehatan. Pengendalian emosi yang baik akan mengarahkan perawat untuk lebih bersikap sabar, hati-hati dan telaten. Dengan demikian informasi yang disampaikan lebih mudah diterima pasien.
- c. Pengetahuan adalah kunci keberhasilan dalam pendidikan kesehatan. Perawat harus memiliki pengetahuan yang cukup untuk memberikan pendidikan kesehatan. Pengetahuan yang baik juga akan mengarahkan perawat pada kegiatan pembelajaran pasien. Pasien akan semakin banyak menerima informasi dan informasi tersebut sesuai dengan kebutuhan pasien.
- d. Pengalaman masa lalu perawat berpengaruh terhadap gaya perawat dalam memberikan informasi sehingga informasi yang diberikan akan lebih terarah

sesuai dengan kebutuhan pasien. Perawat juga lebih dapat membaca situasi pasien berdasarkan pengalaman yang mereka miliki.

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

- a. Motivasi adalah faktor batin yang menimbulkan, mendasari dan mengarahkan pasien untuk belajar. Bila motivasi pasien tinggi, maka pasien akan giat untuk mendapatkan informasi tentang kondisinya serta tindakan yang perlu dilakukan untuk melanjutkan pengobatan dan meningkatkan kesehatannya.
- b. Sikap positif pasien terhadap diagnosa penyakit dan perawatan akan memudahkan pasien untuk menerima informasi ketika dilakukan pendidikan kesehatan.
- c. Emosi yang stabil memudahkan pasien menerima informasi, sedangkan perasaan cemas akan mengurangi kemampuan untuk menerima informasi.
- d. Kesehatan fisik pasien yang kurang baik akan menyebabkan penerimaan informasi terganggu.
- e. Tahap perkembangan berhubungan dengan usia. Semakin dewasa usia kemampuan menerima informasi semakin baik dan didukung pula pengetahuan yang dimiliki sebelumnya.
- f. Kemampuan dalam belajar yang baik akan memudahkan pasien untuk menerima dan memproses informasi yang diberikan ketika dilakukan pendidikan kesehatan. Kemampuan belajar seringkali berhubungan dengan

tingkat pendidikan yang dimiliki. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang umumnya kemampuan belajarnya juga semakin tinggi.

2.1.8 Faktor yang perlu dikaji dalam *discharge planning*

Faktor yang perlu dikaji dalam perencanaan pulang adalah:

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

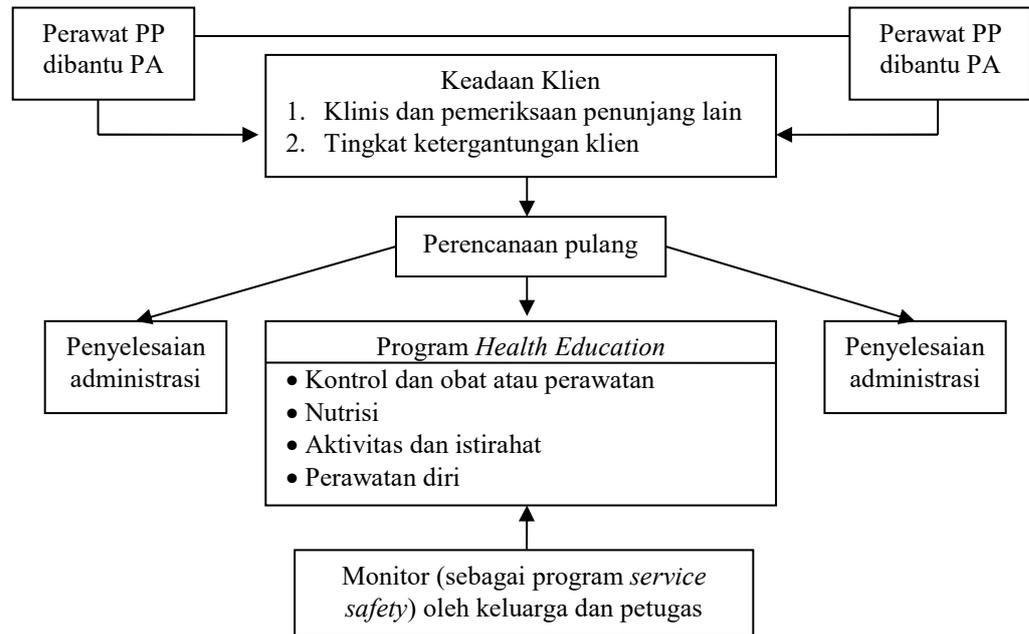
Menurut Neylor (2003) dalam Nursalam (2011), beberapa tindakan keperawatan yang dapat diberikan pada pasien sebelum pasien diperbolehkan pulang adalah sebagai berikut.

1. Pendidikan kesehatan: diharapkan bisa mengurangi angka kambuh atau komplikasi dan meningkatkan pengetahuan pasien serta keluarga tentang perawatan pasca rawat.

2. Program pulang bertahap: bertujuan untuk melatih pasien kembali ke lingkungan keluarga dan masyarakat. Program ini meliputi apa yang harus dilakukan pasien di rumah sakit dan apa yang harus dilakukan oleh keluarga.
3. Rujukan: integritas pelayanan kesehatan harus mempunyai hubungan langsung antara perawat komunitas atau praktik mandiri perawat dengan rumah sakit sehingga dapat mengetahui perkembangan pasien di rumah.

The Joint Commision (TJC), (2008) dalam Christensen *and* Kockrow (2011) menyarankan beberapa pedoman sebelum pasien meninggalkan layanan kesehatan, yaitu:

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 pasien 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.

2.1.9 Alur *discharge planning*Gambar 2.1 Bagan alur *discharge planning* menurut Nursalam dan Efendi (2009)

Keterangan:

Tugas perawat primer:

- a. Membuat perencanaan pulang (*discharge planning*)
- b. Membuat *leaflet*
- c. Memberikan konseling
- d. Memberikan pendidikan kesehatan
- e. Menyediakan format *discharge planning*
- f. Mendokumentasikan *discharge planning*.

Tugas perawat *associate*:

Melaksanakan agenda *discharge planning* (pada saat perawatan dan diakhir perawatan).

2.1.10 Langkah *Discharge Planning*

Adapun langkah perencanaan pulang pada pasien menurut Potter (2005)

adalah:

Tabel 2.1 Langkah memulangkan pasien

Langkah Memulangkan Pasien	
Saat Pasien Masuk RS	
1.	Sejak waktu penerimaan pasien, lakukan pengkajian tentang kebutuhan pelayanan kesehatan untuk pasien 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 pasien 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 pasien 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 pasien 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. Pasien akan memahami masalah kesehatan dan implikasinya b. Pasien akan mampu memenuhi kebutuhan individualnya c. Lingkungan rumah akan menjadi aman d. Tersedia sumber perawatan kesehatan di rumah
Sebelum Hari Pemulangan	
8.	Anjurkan cara untuk merubah pengaturan fisik di rumah sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi.
9.	Berikan informasi tentang sumber pelayanan kesehatan di masyarakat kepada pasien dan keluarga.
10.	Lakukan pendidikan untuk pasien dan keluarga sesegera mungkin setelah pasien 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), Pasien mungkin dapat diberikan pamflet atau buku.

Langkah Memulangkan Pasien

Saat Hari Pemulangan

11. Biarkan pasien 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 pasien dan keluarga telah mengatur transportasi untuk pulang ke rumah.
 14. Tawarkan bantuan ketika pasien berpakaian atau mempersiapkan seluruh barang-barang pribadinya untuk dibawa pulang. Berikan privasi bila diperlukan.
 15. Periksa seluruh kamar mandi dan lemari bila ada barang pasien yang masih tertinggal.
 16. Berikan pasien resep atau obat-obatan sesuai dengan pesan dokter. Periksa kembali instruksi sebelumnya.
 17. Hubungi kantor keuangan lembaga untuk menentukan apakah pasien masih perlu membayar sisa tagihan biaya. Atur pasien atau keluarga untuk pergi ke kantor tersebut.
 18. Gunakan alat pengangkut barang untuk membawa barang-barang pasien. Berikan kursi roda untuk pasien yang tidak bisa berjalan sendiri.
 19. Bantu pasien pindah ke kursi roda dengan menggunakan mekanika tubuh dan teknik pemindahan yang benar.
 20. Kunci kursi roda. Bantu pasien pindah ke mobil atau alat transportasi lain.
 21. Kembali ke unit dan beritahukan departemen penerimaan atau departemen lain yang berwenang mengenai waktu kepulangan pasien.
 22. Catat kepulangan pasien pada format ringkasan pulang. Pada beberapa institusi, pasien akan menerima salinan dari format tersebut.
 23. Dokumentasikan status masalah kesehatan saat pasien pulang.
-

Sumber: Potter, Patricia A (2005).

2.1.11 Proses Pelaksanaan *Discharge Planning*

Proses *discharge planning* mencakup kebutuhan fisik pasien, 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 selalu terlihat, tetapi tingkat urgensinya semakin berkurang dan pasien mulai dipersiapkan untuk pulang dan merencanakan kebutuhan perawatan selanjutnya. Fase pelayanan selanjutnya, pasien mampu untuk

berpartisipasi dalam perencanaan dan pelaksanaan aktivitas perawatan berkelanjutan yang dibutuhkan setelah pemulangan.

Potter *and* Perry (2006) menyusun format *discharge planning* disusun 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 pasien masuk ke rumah sakit atau pada saat *screening* atau kontrol kesehatan. Pada tahap ini diharapkan *discharge planner* mengetahui semua kebutuhan pasien (Bull *and* Robert, 2001).

2. Diagnosa

Penentuan diagnosa keperawatan secara khusus bersifat individual berdasarkan kondisi atau kebutuhan pasien. 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

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

a. *Medication* (obat), pasien 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), pasien 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 pasien

- c. *Treatment* (pengobatan), pasien dan keluarga dapat:
 - 1) Mengetahui tujuan perawatan yang akan dilanjutkan di rumah
 - 2) Mampu mendemonstrasikan cara perawatan secara benar
 - d. *Health*, pasien 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*, pasien 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 pasien 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 pasien; mempersiapkan pasien dan keluarga dengan memberikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan, setelah menentukan segala hambatan untuk belajar serta kemauan untuk belajar. Mengadakan sesi pengajaran dengan pasien 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 pasien dan keluarga terhadap penyuluhan dan usulan perencanaan pulang kepada anggota tim kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan pasien.

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 pasien 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 pasien sampai di rumah, tentukan apakah pasien dan keluarga telah dipersiapkan dalam kebutuhan transportasi menuju ke rumah, jaga privasi pasien sesuai kebutuhan

5. Evaluasi

Pasien dan anggota keluarga menjelaskan tentang penyakit, pengobatan yang dibutuhkan, tanda-tanda atau gejala yang harus dilaporkan kepada dokter, pasien 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 pasien, 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 pasien (Perry and Potter, 2006). *Discharge planning* tidak hanya melibatkan pasien 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* (Discharge planning association, 2008).

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 pasien dan dalam team *discharge planner* rumah sakit, pengetahuan dan kemampuan perawatan melalui proses *discharge planning*. Perawat dianggap sebagai seseorang yang memiliki kompetensi lebih dan punya keahlian dalam melakukan pengkajian secara akurat, mengelola dan memiliki komunikasi yang baik dan memahami setiap kondisi dalam masyarakat (Carrol and Dowling, 2007). Prinsip-prinsip dalam perencanaan pulang antara lain: pasien merupakan fokus dalam perencanaan pulang sehingga nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji dan dievaluasi, kebutuhan pasien diidentifikasi lalu dikaitkan dengan masalah yang timbul pada saat pasien 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, 2016).

2.1.13 Ketersediaan Fasilitas *Discharge Planning*

Media dalam penerapan *discharge planning* yang diperlukan antara lain status atau rekam medis pasien, sarana dan prasarana perawatan, format *discharge planning* dan *leaflet*. (Nursalam dan Efendi, 2009).

1. Manual Prosedur *Discharge Planning*

Berikut adalah manual prosedur atau standar operasional prosedur (SOP) pelaksanaan kegiatan *discharge planning* menurut Nursalam dan Efendi (2009):

Tabel 2.2 Pelaksanaan kegiatan *discharge planning* (Nursalam dan Efendi, 2009)

Tahap	Kegiatan	Waktu	Tempat	Pelaksana
Persiapan	1. Perawat pelaksana sudah siap dengan status pasien, dan format <i>discharge planning</i>	10 menit	<i>Nurse station</i>	PP
	2. Menyebutkan masalah pasien.			
	3. Menyebutkan hal-hal yang perlu diajarkan pada pasien dan keluarga.			
	4. Kepala ruangan (Karu) memeriksa kelengkapan administrasi			Karu
Pelaksanaan	1. PP menyampaikan pendidikan kesehatan, melakukan demonstrasi, dan redemonstrasi. Pendidikan kesehatan meliputi : diet, aktivitas dan istirahat, minum obat teratur, dan perawatan diri	30 menit	Tempat tidur pasien	PP
	2. PP menanyakan kembali kepada pasien dan keluarga tentang materi yang telah disampaikan.			PP
	3. PP memberikan leaflet pada pasien			PP
	4. PP mengucapkan terima kasih.			PP
	5. Pendokumentasian			PP

2. Format *Discharge Planning*

Tujuan utama dari format *discharge planning* yaitu untuk memastikan perawatan yang berkelanjutan baik setelah pasien pulang maupun dipindahkan ke institusi lain. Catatan *discharge planning* harus mencakup perawatan yang telah diberikan dan perubahan status pasien selama di rumah sakit, pada saat pemulangan, dan rekomendasi perawatan lanjutan (Helleso, 2006 dalam Potter *et al*, 2011). *The Joint Commission* menentukan hal-hal yang harus disertakan dalam format *discharge planning* meliputi alasan MRS, perawatan yang telah diberikan, kondisi pasien saat pulang, dan informasi kepada pasien dan keluarga seperti jadwal kontrol (TJC, 2008 dalam Potter *et al*, 2011). Resume *discharge planning* melibatkan berbagai disiplin ilmu untuk memastikan bahwa pasien meninggalkan rumah sakit tepat waktu dengan keberadaan sumber daya pelayanan kesehatan yang memadai (Potter *et al*, 2011).

Berikut ini adalah beberapa pedoman yang harus dipertimbangkan dalam pemberian informasi dalam *discharge planning* (Potter *et al*, 2011):

- 1) Menjelaskan secara singkat dengan menggunakan bahasa yang dimengerti oleh pasien;
- 2) Mendeskripsikan langkah-langkah untuk melakukan sebuah prosedur medis (seperti cara pemberian obat);
- 3) Memperkuat penjelasan dengan keterangan tertulis;
- 4) Menjelaskan agar waspada saat melakukan perawatan mandiri dan pemberian obat;
- 5) Ketika terdapat tanda dan gejala komplikasi, pasien melaporkan segera ke pelayanan kesehatan terdekat;

- 6) Memberi kesempatan pada pasien untuk melakukan *feed back* atau pertanyaan mengenai *discharge planning* yang diberikan perawat;
- 7) Membuat daftar nama dan nomor telepon pelayanan kesehatan yang dapat dihubungi oleh pasien;
- 8) Mengidentifikasi masalah yang belum terselesaikan, termasuk rencana perawatan lanjutan dan jadwal kontrol;
- 9) Mengidentifikasi waktu pemulangan, transportasi yang digunakan, dan siapa yang menemani pasien saat pulang;
- 10) Mendokumentasikan pelaksanaan *discharge planning*

Gambar 2.3 Format *discharge planning* (Nursalam dan Efendi, 2009)

DISCHARGE PLANNING	No. Reg : Nama : Jenis Kelamin :
Tanggal MRS : Bagian :	Tanggal KRS : Bagian :
Dipulangkan dari R dengan keadaan:	
<input type="checkbox"/> Sembuh	<input type="checkbox"/> Pulang paksa
<input type="checkbox"/> Meneruskan dengan obat jalan	<input type="checkbox"/> Lari
<input type="checkbox"/> Pindah ke RS lain	<input type="checkbox"/> Meninggal
A. Kontrol: a) Tempat b) Waktu B. Lanjutan perawatan di rumah (luka operasi, pemasangan gips, pengobatan, dan lain-lain) C. Aturan diet/ nutrisi D. Obat-obat yang masih diminum dan jumlahnya E. Aktivitas dan istirahat Barang yang dibawa pulang (hasil lab, foto, EGD, obat, lainnya): Lain-lain: Surabaya,	
Pasien/ Keluarga	Perawat
()	()

2.2 Konsep *Knowledge Management*

2.2.1 Pengertian *Knowledge*

Dalam buku yang ditulis oleh Von Krogh, Ichiyo, serta Nonaka (2000) dan Chun Wei Choo (1998) dan disampaikan dalam buku penerapan *knowledge management* pada organisasi oleh (Setiarso dkk, 2009) disampaikan ringkasan gagasan yang mendasari pengertian *knowledge* adalah sebagai berikut:

- 1) *Knowledge* merupakan kepercayaan yang dapat dipertanggungjawabkan (*Justified true believe*).
- 2) *Knowledge* merupakan sesuatu yang eksplisit sekaligus terpikirkan (*tacit*)
- 3) Penciptaan inovasi secara efektif bergantung pada konteks yang memungkinkan terjadinya penciptaan tersebut.
- 4) Penciptaan inovasi yang melibatkan lima langkah utama yaitu :
 - a. Berbagi *knowledge* terpikirkan (*tacit*)
 - b. Menciptakan konsep
 - c. Membenarkan konsep
 - d. Membangun *prototype*, dan
 - e. Melakukan penyebaran *knowledge* tersebut.

Jadi *knowledge* adalah sebuah kepercayaan yang dapat dipertanggung jawabkan (*Justified true believe*) merupakan sesuatu yang eksplisit sekaligus terpikirkan (*tacit*), yang terdiri atas langkah dalam penciptaan sebuah inovasi atau perubahan.

Pengetahuan menurut Notoatmodjo (2005) mempunyai enam tingkat yaitu:

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya termasuk kedalam pengetahuan. Tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau diterima. Oleh karena itu “tahu” ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi secara benar.

3) Aplikasi (*Application*)

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

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam beberapa komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*Syntesis*)

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

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2.2.2 Pengertian *Knowledge Management*

Knowledge management (KM) dapat diklasifikasikan menjadi 2 sisi yaitu secara operasional dan strategis. *Knowledge management* secara operasional adalah pengembangan dan pemanfaatan pengetahuan. *Knowledge management* secara strategis merupakan langkah untuk memantapkan organisasi/ institusi sebagai institusi berbasis pengetahuan. Berikut ini merupakan *knowledge management* yang dikemukakan oleh para ahli adalah sebagai berikut:

1. Menurut Harvard College

Knowledge management merupakan suatu proses terformat dan terarah menerima informasi yang telah dimiliki suatu perusahaan dan mencari apa yang dibutuhkan oleh masing-masing individu dalam perusahaan tersebut untuk kemudian memfasilitasinya agar mudah diakses dan selalu tersedia bilamana dibutuhkan (Santoso, 2002).

2. Menurut Kirk Klassio

Knowledge management merupakan kemampuan untuk membuat dan menguasai nilai tinggi dari inti persaingan bisnis.

3. Menurut Bateman dan Snell

Knowledge management adalah suatu kegiatan yang bertujuan untuk menemukan dan memanfaatkan sumber daya intelektual didalam suatu organisasi. *Knowledge management* bertujuan untuk menemukan, menyimpan, membagikan dan membagi secara luas sumber daya yang sangat penting

dimiliki oleh organisasi. Seperti keahlian karyawan ketrampilan, jaringan hubungan dan kebijakan yang ada.

4. Menurut Laudon dan Laudon

Knowledge management adalah kumpulan proses yang dikembangkan di dalam organisasi untuk menciptakan, mengumpulkan, menyimpan, memelihara dan menyebarkan pengetahuan.

Jadi dapat disimpulkan bahwa *Knowledge management* adalah suatu proses untuk mencari, menemukan dan membagi *knowledge* (keahlian, ketrampilan, pengalaman dan jaringan) yang dimiliki oleh individu dalam suatu organisasi kepada organisasinya dan individu lainnya yang ada didalam organisasi tersebut. Dari pengertian tersebut, maka terdapat empat hal penting dalam *knowledge management* yaitu:

- 1) *Knowledge management* merupakan suatu sistem, alat untuk mengorganisir sumber daya tidak berwujud untuk mencapai tujuan organisasi.
- 2) Input manajemen pengetahuan adalah aset organisasi yang tidak berwujud seperti pengetahuan
- 3) Proses manajemen pengetahuan terdiri dari upaya penciptaan pengetahuan, pembagian atau pengkomunikasian dan penerapan pengetahuan
- 4) Output manajemen pengetahuan adalah kapabilitas baru, kinerja yang superior, inovasi dan meningkatkan nilai pelanggan.

2.2.3 Tujuan *Knowledge Management*

Implementasi *knowledge management* akan memberikan dampak positif terhadap organisasi baik secara langsung ataupun tidak langsung. Beberapa manfaat *knowledge management* antara lain:

1. Penghematan waktu dan biaya

Dengan adanya sumber pengetahuan yang terstruktur dengan baik, maka organisasi mudah untuk menggunakan pengetahuan tersebut untuk konteks yang lainnya sehingga perusahaan dapat menghemat waktu dan biaya

2. Peningkatan aset pengetahuan

Sumber pengetahuan memberikan kemudahan kepada setiap karyawan untuk memanfaatkannya sehingga proses pemanfaatan pengetahuan di lingkungan organisasi akan meningkat, yang akhirnya proses kreatifitas dan inovasi akan terdorong lebih luas dan setiap karyawan dapat meningkatkan kompetensinya.

3. Kemampuan beradaptasi

Perusahaan dapat dengan mudah beradaptasi dengan perubahan lingkungan yang mungkin terjadi.

4. Peningkatan Produktivitas

Pengetahuan yang sudah ada dapat digunakan ulang untuk proses produk yang akan dikembangkan sehingga produktifitas meningkat.

Dengan adanya penerapan *knowledge management* ini diharapkan organisasi dapat merumuskan visi misi perusahaan dan melakukan perubahan kearah yang lebih baik berdasarkan pemahaman pada lingkungan.

2.2.4 Jenis *Knowledge Management*

Menurut Takeuci, Hirota (1998) *Tacit knowledge* adalah *knowledge* yang ada pada diri seseorang dan relatif sulit untuk diformalkan/ diterjemahkan, sehingga masih ada hambatan untuk dikomunikasikan dengan individu lain.

1. *Tacit knowledge* bersifat subyektif, intuisi, terkait erat dengan aktivitas dan pengalaman individu serta idealisme, values, dan emosi.

Tacit knowledge memiliki 2 dimensi, yaitu:

- a. Dimensi teknis, yang lebih bersifat informal dan *know-how* dalam melakukan sesuatu. Dimensi teknis yang mengandung prinsip-prinsip dan teknis pengetahuan yang diperoleh karena pengalaman ini, relatif sulit didefinisikan dan dijelaskan.
 - b. Dimensi kognitif, terdiri dari kepercayaan persepsi, idealisme, values, emosi dan mental yang juga sulit dijelaskan. Dimensi ini akan membentuk cara seseorang menerima segala sesuatu yang ada di lingkungannya.
2. *Explicit Knowledge* adalah *knowledge* yang sudah dapat dikemukakan dalam bentuk data, formula, spesifikasi produk, manual, prinsip-prinsip umum, dan sebagainya. *Knowledge* ini telah menjadi milik perusahaan dan siap untuk ditransfer kepada semua individu dalam perusahaan secara formal dan sistematis.

Perkembangan *knowledge management* sangat beragam, mulai Nonaka (1994) yang mengemukakan pengetahuan terdiri dari *tacit knowledge* dan *explicit knowledge*. *Tacit knowledge* adalah pengetahuan yang dimiliki seseorang dan sangat sulit untuk diformalisasikan, sulit dikomunikasikan atau dibagi dengan orang lain, serta pemahaman masih bersifat subjektif. *Explicit knowledge* merupakan

pengetahuan yang dapat diekpresikan dalam kata, dapat dijumlah serta dapat dibagi dalam bentuk data, formula ilmu pengetahuan, spesifikasi produk, manual, prinsip universal, dan senantiasa siap untuk ditransfer kepada orang lain secara formal dan sistematis.

Tabel 2.3 Perbedaan Pengetahuan *Tacit* dan Pengetahuan *Explicit*

<i>Tacit knowledge</i>	<i>Explicit knowledge</i>
<i>Knowledge experience (body skill)</i>	<i>Knowledge of rationality (mind)</i>
<i>Simultaneous knowledge (here and now)</i>	<i>Sequential knowledge (there and then)</i>
<i>Analog knowledge (practice)</i>	<i>Digital knowledge (theory)</i>

(Sumber: Nonaka dan Takeuchi, 1995)

Berdasarkan tabel diatas pengetahuan *tacit* meliputi pengalaman seseorang sedangkan pengetahuan eksplisit memuat hal yang bersifat rasional. Pengetahuan *tacit* merupakan pengetahuan simultan yang merupakan hal yang dekat dan terjadi pada saat ini, sedangkan eksplisit adalah pengetahuan yang terpisah dan memuat hal yang prediktif. Pengetahuan *tacit* merupakan pengetahuan yang dipraktikkan sedangkan eksplisit merupakan teori tentang sesuatu.

Kelemahan pengetahuan *tacit* adalah sulit untuk dikembangkan dan disebarkan sehingga sulit menjadi sumber pengetahuan yang akan menimbulkan ide baru yang bernilai dan dapat diterapkan. Oleh sebab itu perlu adanya upaya pemindahan *tacit knowledge* menjadi *eksplisit knowledge*. Pemindahan ini dapat dilakukan dengan 3 cara (Dorothy, 2004 dan Leonard and Swift, 2004):

1. Tehnologi Informasi

Dalam sistem IT, data dan informasi disimpan dalam bentuk teks bebas, tabel, grafik dan gambar selanjutnya disebarakan melalui *email groupware*, pesan atau bentuk teknologi lainnya.

2. *Shadowing*

Pemindahan *tacit*-eksplisit dengan cara staf yang belum berpengalaman mengamati staf yang telah berpengalaman dalam menyelesaikan tugas

3. Jenis *problem solving*

Staf yang berpengalaman bekerjasama dengan staf yang belum berpengalaman.

2.2.5 Tipe *Knowledge Management*

Proses *Knowledge management* dapat diklasifikasikan menjadi beberapa tipe yaitu:

1. Mengumpulkan dan menggunakan ulang pengetahuan terstruktur

Pengetahuan sering tersimpan dalam beberapa bagian dari output yang dihasilkan organisasi seperti desain produk, proposal dan laporan proyek, prosedur- prosedur yang sudah diimplementasikan dan terdokumentasikan.

2. Mengumpulkan dan berbagi pelajaran yang sudah dipelajari (*lesson learned*) dari praktek

Mengumpulkan pengetahuan berasal dari pengetahuan yang diinterpretasikan kedalam dan diadopsi oleh *user* dengan konteks yang baru.

3. Mengidentifikasi sumber dan jaringan kepakaran

Kegiatan ini bermaksud untuk menjadikan kepakaran menjadi lebih mudah terlihat dan mudah diakses bagi setiap karyawan. Dalam hal ini tujuannya adalah membuat fasilitas koneksi antara orang yang mengetahui pengetahuan dan orang yang membutuhkan pengetahuan.

4. Membuat struktur dan memetakan pengetahuan yang diperlukan untuk meningkatkan performansi

Kegiatan ini memberikan pengaruh proses pengembangan produk baru dengan menjadikan lebih eksplisit atau terbuka dari pengetahuan pada tahap- tahap tertentu

5. Mengukur dan mengelola nilai dari pengetahuan

Organisasi mempunyai aset intelektual yang terstruktur seperti hak paten, *software*, *copyright* dan data base pelanggan. Dengan mengetahui semua aset ini memungkinkan organisasi untuk membuat *revenue* dan biaya bagi organisasi tersebut.

6. Menyusun dan menyebarkan pengetahuan dari sumber eksternal

Organisasi berusaha mengumpulkan semua laporan dari luar yang berhubungan dengan proyek ini dan diperlukan editor untuk menganalisis untuk menyusun dan memberikan konteks terhadap informasi yang diperoleh.

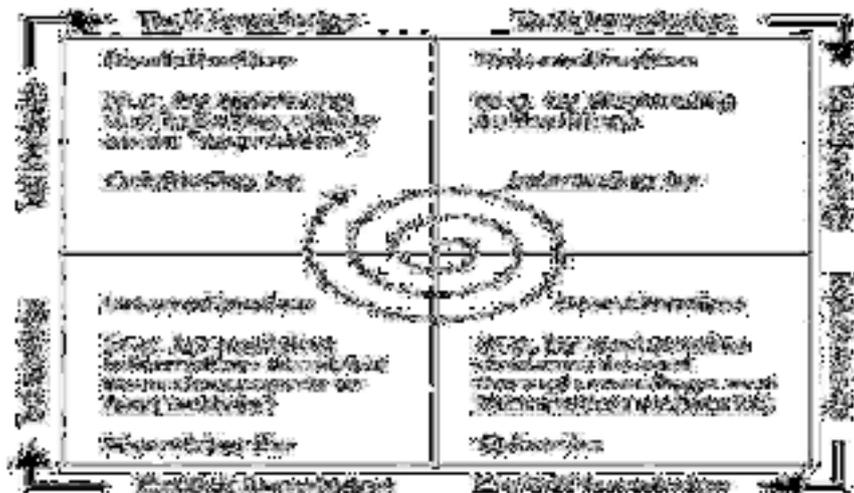
2.2.6 SECI Model

Ikujiro Nonaka dan Hirotaka Takeuchi (Setiarso dkk, 2009) mengajukan sebuah model proses transfer *knowledge*, yang disebut SECI Model. Penggunaan kata SECI diambil dari akronim dari 4 proses konversi *knowledge* yaitu:

- 1) *Socialization*,
- 2) *Externalization*,
- 3) *Combination*, dan
- 4) *Internalization*.

Model ini dibuat untuk memahami dinamika penciptaan sehingga dapat mengelola proses penciptaan *knowledge* secara efektif. Profesor Nonaka menyatakan bahwa penciptaan *knowledge* adalah proses interaksi berbentuk spiral antara *explicit* dan *tacit knowledge*. Interaksi ada kedua jenis *knowledge* ini akan mengarah pada penciptaan *knowledge* baru.

Luasan spiral digambarkan sebagai besaran *knowledge*, yang terus bertumbuh. Gambar dari SECI Model adalah sebagai berikut.



Gambar 2.4 SECI model oleh Nonaka dan Takeuchi

Keterangan dari kuadran adalah sebagai berikut:

1) *Socialization*

Sosialisasi adalah adalah proses mentransfer pengalaman untuk menciptakan *tacit knowledge* melalui aktivitas pengamatan, imitasi, dan praktek. Proses ini tidak cukup hanya dilakukan dengan mendengarkan dan berpikir. Menurut Nonaka dalam Setiarso (2012), proses sosialisasi antar sumber daya manusia di organisasi salah satunya dilakukan melalui pertemuan tatap muka (rapat, diskusi dan pertemuan bulanan). SDM dapat berbagi *knowledge* dan pengalaman yang dimilikinya tercipta *knowledge* baru bagi mereka. Rapat dan diskusi yang dilakukan secara berkala harus memiliki notulen rapat. Notulen rapat ini kemudian menjadi bentuk eksplisit (dokumentasi) dari *knowledge*. Didalam sistem *knowledge management* yang akan dikembangkan, fitur collaboration seperti email, diskusi elektronik sehingga dapat memungkinkan pertukaran *tacit knowledge* (informasi, pengalaman dan keahlian) yang dimiliki seseorang sehingga organisasi semakin mampu belajar serta melahirkan ide baru yang kreatif dan inovatif. Proses sosialisasi dapat dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan (*training*) dengan mengubah *tacit knowledge* para trainer menjadi *tacit knowledge* para karyawan. Hal ini dilakukan untuk meningkatkan koordinasi, mempercepat proses aktivitas dan menumbuhkan budaya belajar. Pada proses sosialisasi, sosialisasi meliputi kegiatan berbagi *tacit knowledge* disebarkan melalui kegiatan bersama seperti tinggal bersama, meluangkan waktu bersama, dan bukan melalui tulisan atau instruksi verbal. *Tacit knowledge* hanya bisa disebarkan jika seseorang merasa bebas untuk

menjadi seseorang yang lebih besar yang memiliki pengetahuan *tacit* dari orang lain.

2) *Externalization*

Proses eksternalisasi adalah proses mengungkapkan dan menerjemahkan *tacit knowledge* menjadi konsep yang eksplisit seperti buku, manual, laporan, dan sebagainya untuk dapat dipublikasikan kepada mereka yang berkepentingan. Organisasi mendatangkan *expert* sesuai dengan bidang keahliannya yang tidak dimiliki oleh organisasi. Dengan mendatangkan *expert* akan menghasilkan *knowledge* baru dalam organisasi yang dapat dipelajari, dikembangkan dan dimanfaatkan untuk meningkatkan *knowledge* SDM. Untuk itu semua *tacit knowledge* yang diperoleh dari *expert* dan hasil pekerjaan *expert* yang antara lain berwujud konsep serta prosedur, manual, sistem serta laporan pelaksanaan uraian pekerjaan harus didokumentasikan untuk dimanfaatkan organisasi dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya

3) *Combination*

Kombinasi adalah proses mengkombinasikan *explicit knowledge* yang berbeda menjadi *explicit knowledge* yang baru melalui analisis, pengelompokkan, dan penyusunan kembali. Alat untuk melakukan proses ini misalnya *data base* dan *computer network*. *Content management* yang memiliki fungsi untuk mengelola informasi organisasi baik yang terstruktur (database) maupun yang tidak terstruktur (dokumen, laporan dan notulen yang mendukung proses kombinasi ini. Kombinasi meliputi konversi *explicit knowledge* ke dalam bentuk himpunan yang lebih kompleks. Fase kombinasi bergantung kepada tiga proses yaitu penangkapan dan integrasi *explicit knowledge* baru termasuk

pengumpulan data eksternal dari dalam atau dari luar institusi kemudian dikombinasikan.

4) *Internalization*

Internalisasi berarti adalah proses penyerapan *explicit knowledge management* jadi *tacit knowledge* yang biasanya dilakukan melalui belajar sambil bekerja atau melakukan simulasi. Semua dokumen data, informasi dan *knowledge* yang sudah didokumentasikan dapat dibaca oleh orang lain.

Pada proses inilah terjadi peningkatan *knowledge* sumber daya manusia. Beberapa sumber *explicit knowledge* dapat diperoleh melalui media intranet (*database* organisasi), surat edaran atau surat keputusan, papan pengumuman dan internet serta media massa sebagai sumber eksternal. Untuk dapat mendukung proses ini, sistem perlu memiliki alat bantu pencarian dan pengambilan dokumen. *Content management*, selain mendukung proses kombinasi, juga dapat memfasilitasi proses internalisasi. Pemicu untuk proses ini adalah penerapan "*learning by doing*". Beberapa fitur yang terdapat pada fungsi *learning* akan sangat membantu terlaksananya proses ini. Selain itu, pendidikan dan pelatihan (*training*) dapat mengubah berbagai pelajaran tertulis (*explicit knowledge*) menjadi *tacit knowledge* para karyawan (Setiarso dkk, 2009).

Selanjutnya Ikujiro Nonaka dan Hirotaka Takeuchi (Shi *et al*, 2010) menyatakan penciptaan pengetahuan merupakan proses yang berkesinambungan dari interaksi dinamis antara pengetahuan tacit dan eksplisit. Hanya dengan memasuki pengetahuan tacit dapat pengetahuan

eksplisit baru dan lebih baik dibuat. Keuntungan dari penggunaan model SECI dalam proses pembelajaran antara lain adalah untuk:

- a) Mengapresiasi dinamika dari sifat *knowledge* dan penciptaan *knowledge*.
- b) Menyediakan kerangka kerja bagi manajemen yang terkait.

Lebih rinci dapat dilihat pada tabel 2.4

Tabel 2.4 Empat proses konversi dalam penciptaan pengetahuan

Format	<i>Tacit</i>	<i>Explicit</i>
<i>Tacit</i>	<i>Socialization</i> , Menciptakan pengetahuan melalui berbagi pengalaman, dan pengembangan model mental dan keterampilan teknis.	<i>Externalization</i> , Menciptakan pengetahuan konseptual melalui artikulasi pengetahuan menggunakan bahasa. Dialog yang kolektif diperlukan
<i>Explicit</i>	<i>Internalization</i> , Menciptakan pengetahuan operasional melalui <i>learning by doing</i> . Eksplisit pengetahuan seperti cerita langsung bisa membantu.	<i>Combination</i> , Menambahkan sistem pengetahuan yang baru yang melibatkan banyak media dan ide.

Sumber: Shi, SongGen and Jia (2010)

Selain memiliki keuntungan, SECI model juga mempunyai kelemahan, yaitu:

- a) Studi ini didasarkan pada organisasi yang berada di Jepang. Para pekerja di Perusahaan di Jepang bersifat loyal dan bekerja hingga seumur hidup
- b) Linearitas Konsep: muncul pertanyaan tentang tata urutan proses konversi dan kemungkinan arah spiral berjalan berlawanan dengan jarum jam.

2.3 Konsep Kemandirian dalam *Activity Daily Living* (ADL)

2.3.1 Pengertian Kemandirian dalam *Activity Daily Living* (ADL)

Kemandirian adalah kemampuan seseorang dalam menentukan keputusan dan mampu melaksanakan tugas hidup dengan penuh tanggung jawab tanpa tergantung oleh orang lain. Dalam kamus psikologi kemandirian berasal dari kata “*independen*” yang diartikan sebagai suatu kondisi dimana seseorang tidak tergantung pada orang lain dalam menentukan keputusan dan adanya sikap percaya diri (Chaplin, 2002).

ADL merupakan keterampilan dasar dan tugas okupasional yang harus dimiliki setiap orang untuk merawat dirinya secara mandiri yang dikerjakan seseorang sehari-harinya dengan tujuan memenuhi kebutuhannya dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat. Istilah *ADL* mencakup perawatan diri (seperti berpakaian, makan dan minum, *toileting*, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telepon, menulis, mengelola uang dan sebagainya) dan mobilitas (seperti berguling di tempat tidur, bangun dan duduk, transfer dan bergeser dari tempat tidur ke kursi atau dari satu tempat ke tempat lain) (Sugiarto, 2005).

2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi *Activity Daily Living*

Menurut Hardywinoto (2007), kemauan dan kemampuan untuk melakukan *activity of daily living* tergantung pada beberapa faktor, yaitu:

1) Umur dan status perkembangan

Umur dan status perkembangan seorang menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana seseorang tersebut bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan *activity of daily living*.

2) Kesehatan fisiologis

Kesehatan fisiologis seseorang dapat mempengaruhi kemampuan dalam *activity of daily living*, seperti sistem muskuloskeletal yang dikoordinasikan dengan sistem syaraf sehingga dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan atau motorik. Gangguan pada sistem ini misalnya karena penyakit, atau trauma dapat mengganggu pemenuhan seseorang dalam *activity of daily living* (Hardywinoto, 2007).

3) Fungsi Kognitif

Tingkat kognitif dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan *activity of daily living*. Fungsi kognitif menunjukkan proses seseorang dalam menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental yang buruk dapat memberikan kontribusi pada fungsi kognitif dapat mengganggu dalam berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan *activity of daily living* (Hardywinoto, 2007).

4) Fungsi Psikososial

Fungsi psikososial menunjukkan kemampuan seseorang dalam mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistik. Proses ini meliputi interaksi yang kompleks antara perilaku intrapersonal dan interpersonal. Gangguan pada intrapersonal contohnya akibat

gangguan konsep diri atau ketidakstabilan emosi dapat mengganggu dalam tanggung jawab terhadap keluarga dan pekerjaan. Sedangkan gangguan interpersonal seperti masalah komunikasi, gangguan interaksi sosial atau disfungsi dalam penampilan peran juga dapat mempengaruhi dalam pemenuhan *activity of daily living* (Hardywinoto, 2007).

5) Tingkat stres

Stres merupakan respon fisik nonspesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Banyak faktor yang dapat menyebabkan timbulnya stres (stressor), dapat timbul dari dalam tubuh atau lingkungan yang mengakibatkan dapat terganggunya keseimbangan tubuh dan kualitas hidup seseorang. Stressor tersebut dapat berupa fisiologis seperti trauma atau psikologi seperti kehilangan.

6) Ritme biologi

Ritme atau irama biologi membantu homeostasis internal (keseimbangan dalam tubuh dan lingkungan) dan membantu makhluk hidup dalam mengatur lingkungan fisik di sekitarnya. Salah satu irama biologi yaitu irama sirkadian, berjalan pada siklus 24 jam. Perbedaan irama sirkadian dalam membantu pengaturan aktivitas meliputi tidur, temperatur tubuh dan hormon.

7) Status mental

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Keadaan status mental akan memberi implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu. Seperti halnya pada lansia yang memorinya mulai menurun atau mengalami gangguan, lansia yang mengalami apraksia tentunya akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya (Hardywinoto, 2007).

8) Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan dan kesejahteraan sosial tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Pelayanan kesehatan yang berbasis masyarakat salah satunya adalah posyandu. Jenis pelayanan kesehatan dalam posyandu salah satunya adalah pemeliharaan *activity of daily living* (Pujionom 2009).

2.3.3 Cara Mengukur Kemandirian dalam *Activity Daily Living*

Kemampuan dan ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari atau untuk mengukur tingkat kemandirian lansia dapat diukur dengan menggunakan indeks Katz. Indeks katz merupakan instrumen sederhana yang digunakan untuk menilai kemampuan fungsional AKS (aktivitas kehidupan sehari-hari), dapat juga untuk meramalkan prognosis dari berbagai macam penyakit pada lansia. Adapun aktivitas yang dinilai adalah *bathing, dressing, toileting, transferring, continence* dan *feeding*, dengan penilaian sebagai berikut:

1) *Bathing*

- a. Mandiri: memerlukan bantuan hanya pada satu bagian tubuh atau dapat melakukan seluruhnya sendiri.
- b. Tergantung: memerlukan bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh atau tidak dapat mandi sendiri.

2) *Dressing*

- a. Mandiri: menaruh, mengambil, memakai dan menanggalkan pakaian sendiri serta menalikan sepatu sendiri.
- b. Tergantung: tidak dapat berpakaian sebagian.

3) *Toileting*

- a. Mandiri: pergi ke toilet, duduk sendiri di kloset, memakai pakaian dalam, membersihkan kotoran.
- b. Tergantung: mendapat bantuan orang lain.

4) *Transferring*

- a. Mandiri: berpindah dari dan ke tempat tidur, dari dan ke tempat duduk (memakai/ tidak memakai alat bantu).
- b. Tergantung: tidak dapat melakukan sendiri dengan bantuan.

5) *Continence*

- a. Mandiri: dapat mengontrol BAB/BAK
- b. Tergantung: tidak dapat mengontrol sebagian atau seluruhnya dengan bantuan manual atau kateter.

6) *Feeding*

- a. Mandiri: mengambil makanan dari piring atau yang lainnya dan memasukkan ke dalam mulut (tidak termasuk kemampuan memotong daging dan menyiapkan makanan seperti mengoleskan mentega pada roti).
- b. Tergantung: memerlukan bantuan untuk makan atau tidak dapat makan sendiri secara parenteral.

2.4 Theoretical Mapping

Pada penelitian ini menggunakan referensi *online* pada *database* dan *agregator* di Proquest, Sciencedirect, Doaj, Sagepub, Medline, dan Google Scholar. Kata kunci yang digunakan adalah *discharge planning*, *knowledge management*, *SECI model*. Dari 1891 artikel yang didapatkan dihasil pencarian, peneliti menetapkan 18 artikel yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut: desain penelitian deskriptif *cross-sectional*, variabel *discharge planning*, variabel *knowledge management*, dan sampel adalah tenaga kesehatan.

Tabel 2.5 *Theoretical mapping* pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management* SECI model sebagai upaya peningkatan kemandirian *activity daily living*

No	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Desain	Variabel	Sampel dan teknik sampling	Instrumen	Analisis	Hasil
1	<i>Effects of a Multi-method Discharge Planning Educational Program for Medical Staff Nurses</i> (Suzuki S, Nagata S, Zerwekh J, Yamaguchi T, Tomura H, Takemura Y and Murashima S, 2012)	Quasi eksperimen	Program pendidikan <i>discharge planning</i>	256 perawat staf di unit pengobatan umum di sebuah RS berkapasitas 1210 tempat tidur di Tokyo	<i>The Discharge Planning Process Evaluation Measurement</i> (DCP-PEM)	Analisis kovarians (ANCOVA)	Program pendidikan tentang <i>discharge planning</i> berhasil memperkuat pengetahuan berbagai sistem yang berkaitan dengan <i>discharge planning</i> , memperbaiki sikap perawat terhadap <i>discharge planning</i> , dan berdampak pada seluruh unit.
2	<i>Nurse' Discharge Planning and Risk Assessment: Behaviours, Understanding and Barriers</i> (Graham, Jane., et al., 2012)	Deskriptif	<i>Discharge planning</i> keperawatan	Perawat (n=64) yang bekerja di bangsal akut	<i>The development of the survey tool required a two-phase process</i>	<i>Statistical Package for the social sciences</i> versi 19, uji chi-kuadrat	Kepatuhan terhadap kebijakan <i>discharge planning</i> rendah (23%), terlepas dari kesadaran umum akan berkurangnya kualitas <i>outcome</i> pasien yang mungkin terjadi. Hambatan paling umum untuk <i>discharge planning</i> yang diidentifikasi adalah kurangnya waktu dan faktor pasien.

No	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Desain	Variabel	Sampel dan teknik <i>sampling</i>	Instrumen	Analisis	Hasil
							Kontradiksi lebih lanjut terjadi pada perawat yang memahami pentingnya <i>discharge planning</i> , namun tidak sesuai dengan kebijakan <i>discharge planning</i>
3	<i>Registered nurses' perceptions of the discharge planning process for adult patients in an acute hospital</i> (Morris Jenny, Winfield Louise, Young Kim, 2012)	<i>Cross Sectional</i>	Proses <i>discharge planning</i>	461 perawat terdaftar yang bekerja di area klinis	Modifikasi kuesioner <i>discharge planning</i> yang dikembangkan oleh Chaboyer <i>et al</i>	SPSS 16.0 dengan menggunakan <i>single data entry</i>	Hambatan utama dalam <i>discharge planning</i> berpusat pada perencanaan dan komunikasi yang buruk, tingkat kepegawaian yang tidak memadai dan penghubung yang buruk dengan lembaga eksternal
4	<i>Discharge planning: Narrated by nursing staff in primary healthcare and their concerns about using video conferencing in the planning session – An interview study</i> (Hofflander Malin, Nilsson Lina, Eriksen Sara, Borg Christel, 2013)	Studi wawan cara kualitatif	<i>Discharge planning</i>	10 dari 30 orang yang bekerja di pusat kesehatan primer		<i>A phenomenological hermeneutic method</i>	Staf perawat di perawatan kesehatan primer menganggap sesi <i>discharge planning</i> tersebut sebagai stres, menyita waktudan ditandai kurangnya rasa hormat antara staf perawat.
5	<i>Developing an Instrument to Self-evaluate the Discharge Planning of Ward Nurses</i> (Sakai Shima, Yammoto-Mitani N, Takai Y, Fukahori H and Ogata Y, 2014)	<i>Survey cross-sectional</i>	<i>Discharge planning</i> perawat bangsal	624 perawat ruangan dari 6 RS di Jepang	DPWN (<i>the discharge planning of ward nurses</i>)	SPSS versi 18.0J dan AMOS versi 20 (IBM SPSS Japan, Tokyo)	Instrumen untuk mengevaluasi diri perawat mengenai <i>discharge planning</i> adalah mengajarkan keterampilan perawatan di rumah, mengidentifikasi kebutuhan potensial pasien pada awal proses pemulangan, memperkenalkan sumber daya sosial dan mengidentifikasi keinginan pasien/keluarga

No	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Desain	Variabel	Sampel dan teknik sampling	Instrumen	Analisis	Hasil
6	<i>Standardized Discharge Planning Assessments Impact on Patient Outcomes</i> (Holland E. Diane and Bowles H. Kathryn, 2012)	<i>Quasi eksperimen</i>	Standar <i>discharge planning, Outcome</i> pasien	Dua kelom-pok yang terdiri dari 130 pasien dewasa	PADQ-E (<i>the problems after discharge questionnaire-english version</i>)	<i>Descriptive statistics, t-test, fisher exact test</i> dengan <i>statistical software</i> (SAS <i>version</i> 9.2)	Standarisasi penilaian <i>discharge planning</i> oleh staf perawat dapat memperbaiki kebutuhan perawatan berkelanjutan. Penilaian <i>discharge planning</i> dan standar diselesaikan oleh staf perawat, pasien melaporkan lebih mudah mengikuti arahan dan petunjuk perawatan diri setelah dipulangkan.
7	<i>Which Reasons Do Doctors, Nurses, and Patients Have for Hospital Discharge? A Mixed-Methods Study</i> (Ubbink Dirk T, Tump Evelien, Koenders Josje A, Kleiterp Sieta, Goslings J.Carel, and Brolmann Fleur E, 2014)	<i>Mix method study</i>	<i>Discharge planning, kepuasan</i> pasien	14 bangsal RS, departemen bedah (n=8), pediatri (n=5) dan neurologi (n=1)	MAXQ-DA <i>software</i> (versi 10), IBM SPSS <i>statistics</i> (v.20, IBM, Armonk, NY, USA)	Sekitar sepertiga pasien dewasa dan hampir setengah dari anak-anak (atau orang tua mereka) merasakan situasi dan bantuan pribadi yang mereka butuhkan di rumah kurang diperhitungkan sebelum pemulangan. Pasien paling tidak puas dengan informasi yang diberikan tentang apa yang diizinkan untuk dilakukan atau harus dihindari setelah dipulangkan dan keterlibatan mereka dalam rencana pemulangan.	
8	<i>Improving discharge planning communication between hospitals and patients</i> (New P.W, McDougall K.E, and Scroggie C.P.R, 2016)	Deskriptif eksploratif	Komunikasi <i>discharge planning</i>	Pasien yang nyaman dengan staf.		Analisis deskriptif, uji chi-kuadrat. Analisis statistik dengan Stata 12.1	Lembar Fakta 'Leaving Hospital Information' telah menunjukkan perbaikan dalam aspek komunikasi antara pasien/ keluarga dan tim perawatan, melalui peningkatan pengetahuan tentang dokter yang menangani mereka dan mengantisipasi tanggal pemulangan. Aspek lain dari kesadaran informasi <i>discharge planning</i> diantara pasien/ keluarga juga

No	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Desain	Variabel	Sampel dan teknik <i>sampling</i>	Instrumen	Analisis	Hasil
							meningkat dan persepsi staf perawat mengenai lembar 'Leaving Hospital Information' adalah sangat membantu
9	<i>Discharge planning: best practice in transitions of care</i> (Pellett Candice, OBE, 2016)	Literature review	<i>Discharge planning</i>				Ada tantangan dalam mencapai praktik yang sangat baik dalam pemindahan perawatan pasien dari rumah sakit ke rumah, ada kesediaan dan komitmen yang signifikan dari perawat yang berbasis di masyarakat dan rumah sakit untuk memperbaiki pengalaman pasien. Rencana pemulangan pasien akan lebih efektif apabila ada peningkatan komunikasi, peningkatan koordinasi pelayanan, dan peningkatan kolaborasi.
10	Evaluasi Model Perencanaan Pulang Berbasis Teknologi Informasi (Hariyati Sri, Afifah Handiyani, 2008)	Deskriptif eksplorasi dan deskriptif corelatif	Pelaksanaan perencanaan pulang	Seluruh perawat di ruang Mawar, Melati, Teratai RS Fatmawati. Jumlah sampel 51 orang		Analisis univariat, bivariat dan wawancara	Adanya peningkatan pengetahuan bermakna setelah dilaksanakan pengenalan model discharge planning yang terorganisasi terhadap pengetahuan perawat. Adanya peningkatan pelaksanaan discharge planning yang bermakna setelah dikenalkan model pelaksanaan discharge planning
11	<i>Analysis and Evaluation of the World's Top Hospital Portals from the Perspective of Internet-based Knowledge Management Model Retrieved</i>	Penelitian survey analitik	Perspektif model manajemen pengetahuan, basis internet	50 portal RS teratas di seluruh dunia	52 item yang dikembangkan sesuai dengan tiga mekanisme	Kruskal-Wallis, uji Mann-Whitney	Ada perbedaan yang signifikan antara ketiga mekanisme <i>knowledge creation</i> , <i>knowledge transfer</i> dan <i>knowledge accessibility</i> diberbagai portal di benua.

No	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Desain	Variabel	Sampel dan teknik sampling	Instrumen	Analisis	Hasil
	<i>from K-ACT Model</i> (Ravandi S, Djanavi E, Abbasi S, Gilasi H, 2014)						
12	<i>Lessons from the business sector for successful knowledge management in health care: A systematic review</i> (Kothari A, Hovanec N, Hastie R, and Sibbald S., 2011)	<i>Systematic review</i>	Manajemen pengetahuan, pengetahuan organisasi dan kinerja bisnis	83 artikel antara tahun 2000-2009			Strategi <i>knowledge management</i> mencakup hal-hal seperti sesi pelatihan, teknologi komunikasi, proses pemetaan dan praktik komunitas.
13	<i>Relationship Between Knowledge Management and Quality of Working Life in Nursing Staff of Zahedan Hospitals</i> , 2014 (Khammarnia M, Shamsavani F, Shahrakipour M, 2015)	<i>Cross-sectional</i>	Manajemen pengetahuan, kualitas hidup kerja	Semua petugas keperawatan dari enam RS pendidikan di Zahedan 2014 dengan <i>stratified random sampling</i>	Dua kuesioner gaya likert standar	Pearson, t-test dan uji ANOVA satu arah	Ada korelasi kuat antara manajemen pengetahuan dan semua dimensi QWL di rumah sakit pendidikan (P = 0,001). Manajemen pengetahuan dapat memperbaiki QWL pada keperawatan di rumah sakit pendidikan Zahedan.
14	<i>A learning organization in the service of knowledge management among nurses: A case study</i> (Gagnon M, Payne-Gagnon J, Fortin J, Pare G, Cote J, Courcy F., 2015)	Studi kasus	Belajar organisasi, manajemen pengetahuan	Daftar 10 orang yang telah berpartisipasi dalam proyek organisasi pembelajaran dengan menggunakan <i>purposive sampling</i>		Data kualitatif perangkat lunak komputer Nvivo (QSR Internasional)	Banyak dampak yang dimiliki oleh sebuah organisasi belajar mengenai praktik profesional perawatan kesehatan yang mempengaruhi pekerjaan perawat setiap hari dengan cara yang positif, walaupun dampaknya bervariasi terhadap profesional lain. Perubahan ini terutama dinyatakan sehubungan dengan transfer pengetahuan, dukungan untuk praktik keperawatan, dan kualitas tujuan perawatan kesehatan, yang telah direncanakan oleh organisasi belajar sejak awal

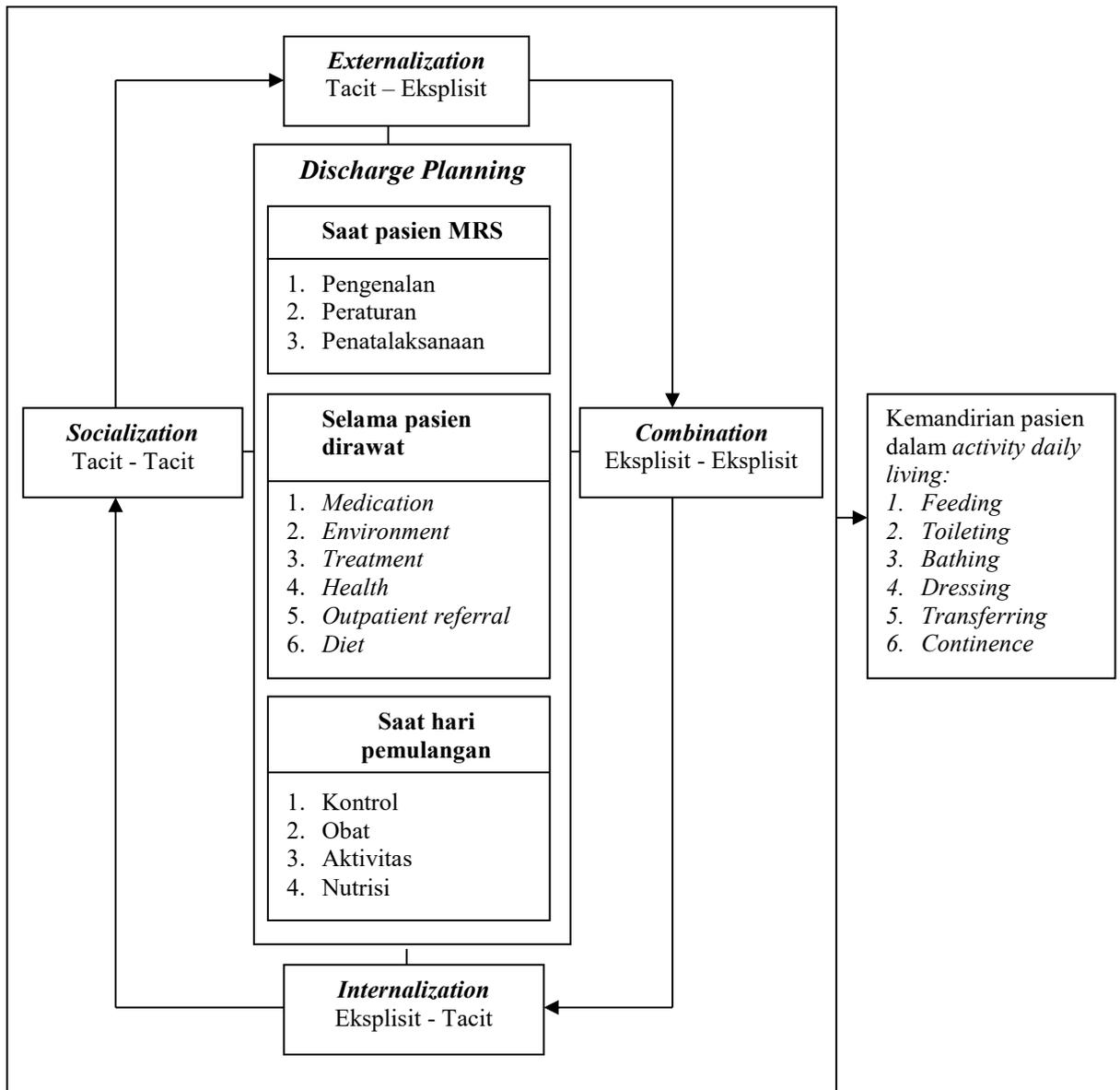
No	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Desain	Variabel	Sampel dan teknik <i>sampling</i>	Instrumen	Analisis	Hasil
15	<i>Effective Knowledge Management Systems for a Clinical Nursing Setting</i> (Gosh Biswadip and Scott Judy E, 2007)	Kualitatif	Sistem manajemen pengetahuan				Penelitian ini menerapkan dan memvalidasi model berdasarkan Gold, et. Al. (2001) untuk mengidentifikasi proses pengetahuan utama dan faktor pengaktifan organisasi yang mempengaruhi efektivitas KMS yang digunakan pada perawatan di sebuah rumah sakit besar
16	<i>A Model of Project Knowledge Management</i> (Gasik Stanislaw, 2011)		Proses dari elemen manajemen pengetahuan				Menggambarkan siklus hidup pengetahuan mikro dan siklus hidup pengetahuan makro dari setiap tingkat organisasi, serta proses aliran pengetahuan vertikal di antara tingkat organisasi.
17	Upaya peningkatan kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis <i>knowledge management</i> melalui konsep <i>SECI model</i> di RSI Garam Kalianget (Santoso R. Arief, 2013)	<i>Action research</i>	<i>Knowledge</i> , kinerja, motivasi, beban kerja dan kinerja setelah interensi pelaksanaan kegiatan <i>knowledge management</i> dalam pendokumentasian aspek dan komunikasi efektif SBAR melalui <i>SECI model</i>	73 rekam medis pada bulan Maret dan 71 rekam medis pada bulan Mei dengan teknik <i>simple random sampling</i>	Kuesioner <i>knowleedg e</i> , motivasi, beban kerja, dan penilaian dari setiap tahap <i>SECI</i> dalam pendokumentasian aspek, <i>check list</i> kinerja pendokumentasian aspek menggunakan SBAR <i>tools</i>	Uji statistik <i>paired samples test</i> ,	<i>Knowledge</i> perawat tentang pendokumentasian aspek dan komunikasi SBAR post intervensi <i>SECI model</i> sebagai besar baik. Kinerja pendokumentasian aspek post intervensi <i>SECI model</i> di RSI Garam Kalianget pencapaian tertinggi adalah perencanaan keperawatan dan terendah pada aspek tindakan keperawatan serta pencapaian kinerja komunikasi efektif SBAR masih dibawah 50% yang berarti masih kurang.
18	Pengembangan model pencegahan <i>medication errors</i> berbasis <i>knowledge management</i>	Exploratif survey dan quasy eksperiment	Pencegahan <i>medication errors</i> berbasis <i>knowledge manage-</i>	Sebagian mahasiswa Stiekes Husada Abadi Utama	Kuesioner yang dikembangkan dari konsep <i>knowledge</i>	Analisis deskriptif, analisis bivariat, <i>partial least square</i>	Ada pengaruh pencegahan <i>medication errors</i> (persiapan pemberian obat, keterampilan berhitung, konsep pemberian obat,

No	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Desain	Variabel	Sampel dan teknik <i>sampling</i>	Instrumen	Analisis	Hasil
	terhadap kompetensi medikamentosa mahasiswa program pendidikan profesi ners (Putri D, 2014)		<i>ment</i> , kompetensi mahasiswa dalam tindakan pengobatan	Tulung Agung (n=26) menggunakan <i>simple random sampling</i>	<i>managemen</i> Reich (2013), <i>check list</i> prinsip 6T, <i>check list</i> penghitungan obat Perry and Potter (2010)	(PLS)	komunikasi berbasis <i>knowledge management</i> terhadap pencapaian kompetensi medikamentosa pada mahasiswa P3N

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model's* sebagai upaya peningkatan kemandirian *activity dalily living* di RSU Mohammad Noer Pamekasan

Pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* terdiri dari 3 tahapan yaitu saat pasien masuk rumah sakit, selama pasien dirawat dan saat hari pemulangan. Tahapan saat pasien masuk rumah sakit yaitu pengenalan, peraturan dan penatalaksanaan. Tahapan selama pasien dirawat, perawat memberikan *health education* meliputi *medication, environment, treatment, health, outpatient referral* dan diet. Sedangkan saat hari pemulangan yaitu kontrol, obat, aktivitas dan nutrisi. Tahapan tersebut dilaksanakan berbasis *knowledge management SECI model* yang ditemukan oleh Ikujiro Nonaka dan Hirotaka Takeuchi yaitu *socialization, externalization, combination* dan *internalization*.

Sosialisasi adalah proses mentransfer pengalaman untuk menciptakan *tacit knowledge* melalui aktivitas pengamatan, imitasi dan praktek. Menurut Nonaka, proses sosialisasi antar sumber daya manusia di organisasi salah satunya dilakukan melalui pertemuan tatap muka (rapat, diskusi dan pertemuan bulanan). Proses eksternalisasi adalah proses mengungkapkan dan menerjemahkan *tacit knowledge* menjadi konsep yang eksplisit seperti buku, manual, laporan, dan sebagainya untuk dipublikasikan kepada mereka yang berkepentingan.

Kombinasi adalah proses mengkombinasikan *explicit knowledge* yang berbeda menjadi *explicit knowledge* yang baru melalui analisis, pengelompokan dan penyusunan kembali. Internalisasi berarti memahami *explicit knowledge* menjadi *tacit knowledge* yang biasanya dilakukan melalui belajar sambil bekerja atau melakukan simulasi.

Pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* diharapkan dapat meningkatkan kemandirian pasien dalam *activity daily*

living atau aktivitas kebutuhan sehari-hari meliputi pemenuhan *bathing, dressing, toileting, transferring, continence* dan *feeding*. Perencanaan pulang yang dikuasai oleh perawat dan diterapkan dalam MAKP (model asuhan keperawatan profesional) kepada pasien sehingga mampu meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan.

3.2 Hipotesis Penelitian

1. Ada pengaruh *discharge planning* saat MRS berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL
2. Ada pengaruh *discharge planning* selama dirawat berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL
3. Ada pengaruh *discharge planning* saat KRS berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini akan menjelaskan mengenai desain, populasi, sampel, sampling, variabel, definisi operasional, alat pengumpulan data, analisis data, kerangka operasional, prosedur pengumpulan data, lokasi dan waktu penelitian berlangsung serta etika penelitian. Penelitian ini akan menggunakan desain penelitian *Research and Development* yang terdiri dari dua tahap. Tahap pertama yaitu survei eksplanasi deskriptif dan tahap kedua adalah uji coba. Langkah-langkah mulai dari desain penelitian, populasi, sampel, teknik *sampling* masing-masing tahap akan dijelaskan sebagai berikut dalam sub-bab 4.1 dan 4.2.

4.1 Tahap Penelitian I

4.1.1 Desain Penelitian

Penelitian pada tahap 1 menggunakan desain penelitian survei eksplanasi deskriptif. Eksplanasi adalah sebuah cara untuk menggali sesuatu yang baru dan melaporkan hubungan antara perbedaan aspek yang diteliti dari fenomena. Hal ini kemudian dilanjutkan dengan penelitian deskripsi untuk mengembangkan pengetahuan tentang sebuah topik dan akhirnya harus menjelaskan (*explain*) temuan penelitian (Kowalczyk, 2015). Tahapan pertama penelitian ini akan mengevaluasi pelaksanaan *discharge planning* secara umum di RSUD As Syifa dan RSUD Mohammad Noer Pamekasan. Perumusan isu strategis dengan *Focus Group Discussion* (FGD) bersama kepala seksi keperawatan, kepala ruang unit kerja dan perawat. Penyusunan modul *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* dilakukan bersama pakar.

4.1.2 Populasi, sampel dan teknik *sampling*

Populasi terjangkau selama periode penelitian dilakukan pada tahap survei eksplanasi/ eksplorasi yaitu seluruh perawat di RSUD Mohammad Noer Pamekasan dan RSUD As-Syifa Pamekasan berjumlah 122 orang perawat serta pasien yang dirawat di kedua RSUD Pamekasan. Sampel penelitian pada tahap pertama adalah perawat pelaksana yang bertugas di ruang rawat inap dan pasien yang dikelola. Kriteria *sampling* dipilih dengan teknik *non-probability* jenis *purposive sampling* dengan kriteria subyek adalah perawat yang melaksanakan *discharge planning* pada pasien.

Tabel 4.1 Besar sampel pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management* seci *model* sebagai upaya peningkatan kemandirian *activity daily living*

No	Tempat penelitian	Besar populasi	Besar sampel
1	RSU Mohammad Noer	75	63
2	RSU As Syifa	47	39
		122	102

Populasi terjangkau dalam FGD tahap 1 adalah Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Ruang Irna , dan perawat yang di ruang Irna. Kriteria *sampling* dipilih dengan teknik *non-probability* jenis *purposive sampling* yang merupakan suatu teknik pemetaan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai yang dikehendaki peneliti (tujuan atau masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2016). Kriteria subyek penelitian tahap pertama adalah tidak sedang masa cuti atau libur pada saat pengambilan data. Sampel yang dimaksud adalah Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Ruang Irna , dan perawat yang diruang Irna dengan jumlah 20 orang.

4.1.3 Variabel dan definisi operasional penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah variabel independen yaitu *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* dan variabel dependen peningkatan kemandirian *activity daily living*.

Tabel 4.2 Variabel penelitian pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management seci model* sebagai upaya peningkatan kemandirian *activity daily living*

Variabel	Keterangan	Indikator
Independen		
X1	Saat pasien MRS	X1.1 Pengenalan
		X1.2 Peraturan
		X1.3 Penatalaksanaan
X2	Selama pasien dirawat	X2.1 <i>Medication</i>
		X2.2 <i>Environment</i>
		X2.3 <i>Treatment</i>
		X2.4 <i>Health</i>
		X2.5 <i>Outpatient referral</i>
		X2.6 <i>Diet</i>
X3	Saat hari pemulangan	X3.1 Kontrol
		X3.2 Obat
		X3.3 Aktivitas
		X3.4 Nutrisi
Dependen		
Y1	Peningkatan kemandirian <i>activity daily living</i>	Y1.1 <i>Feeding</i>
		Y1.2 <i>Toileting</i>
		Y1.3 <i>Bathing</i>
		Y1.4 <i>Dressing</i>
		Y1.5 <i>Transferring</i>
		Y1.6 <i>Continance</i>

Definisi operasional bertujuan untuk menciptakan variabel yang jelas dan terukur (Dharma, 2011). Definisi operasional bertujuan untuk mempermudah pembaca untuk mengartikan variabel dalam penelitian.

Tabel 4.3 Definisi operasional pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management* segi *model* sebagai upaya peningkatan kemandirian *activity daily living*

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen					
Pelaksanaan <i>discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management SECI model</i>					
X1 Saat pasien MRS					
X1.1					
Pengenalan	Kemampuan perawat mengenalkan kepada pasien dan tenaga kesehatan lain	1. Nama perawat 2. Tugas perawat 3. Nama pasien sekamar 4. Orientasi ruangan	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Tidak pernah =1 Jarang =2 Sering =3 Sangat Sering =4 Kategori: Baik: >75% Cukup: 60-75% Kurang: <60%
X1.2					
Peraturan	Kemampuan perawat menjelaskan peraturan rumah sakit	1. Jam berkunjung 2. Tata tertib ruangan	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Tidak pernah =1 Jarang =2 Sering =3 Sangat Sering =4 Kategori: Baik: >75% Cukup: 60-75% Kurang: <60%
X1.3					
Penatalaksanaan	Kemampuan perawat dalam menjelaskan perawatan yang akan diterima pasien termasuk sentralisasi obat	1. Diagnosa keperawatan 2. Lama hari rawat 3. Tindakan dependen dan independen 4. Sentralisasi obat	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Tidak pernah =1 Jarang =2 Sering =3 Sangat Sering =4 Kategori: Baik: >75% Cukup: 60-75% Kurang: <60%
X2 Selama pasien dirawat					
X2.1					
<i>Medication</i>	Kemampuan perawat dalam menjelaskan mengenai obat yang akan dikoreksi pasien	1. Nama obat 2. Dosis 3. Tujuan penggunaan obat	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Tidak pernah =1 Jarang =2 Sering =3 Sangat Sering =4

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
		4. Efek obat			Kategori: Baik: >75% Cukup: 60-75% Kurang: <60%
X2.2					
<i>Environment</i>	Kemampuan perawat dalam menjelaskan tentang daerah yang sehat/kondusif untuk pengobatan	1. Keterampilan yang diperlukan di rumah 2. Investigasi bahaya di lingkungan rumah 3. Transportasi yang digunakan	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Tidak pernah =1 Jarang =2 Sering =3 Sangat Sering =4 Kategori: Baik: >75% Cukup: 60-75% Kurang: <60%
X2.3					
<i>Treatment</i>	Kemampuan perawat dalam menjelaskan mengenai perawatan di rumah	1. Tujuan perawatan di rumah 2. Demonstrasi cara perawatan secara benar	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Tidak pernah =1 Jarang =2 Sering =3 Sangat Sering =4 Kategori: Baik: >75% Cukup: 60-75% Kurang: <60%
X2.4					
<i>Health</i>	Kemampuan perawat dalam menjelaskan mengenai keadaan penyakit	1. Penyakit yang terkait dengan fungsi tubuh 2. Makna penting dalam memelihara derajat kesehatan	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Tidak pernah =1 Jarang =2 Sering =3 Sangat Sering =4 Kategori: Baik: >75% Cukup: 60-75% Kurang: <60%
X2.5					
<i>Outpatient referral</i>	Kemampuan perawat dalam menjelaskan mengenai rujukan pasien yang sudah keluar RS	1. Waktu dan tempat kontrol 2. Dimana dan siapa yang dapat dihubungi	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Tidak pernah =1 Jarang =2 Sering =3 Sangat Sering =4 Kategori: Baik: >75% Cukup: 60-75% Kurang: <60%
X2.6					
<i>Diet</i>	Kemampuan perawat dalam menjelaskan mengenai pengaturan pola makan	1. Tujuan diet 2. Jenis menu yang sesuai	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Tidak pernah =1 Jarang =2 Sering =3 Sangat Sering =4 Kategori: Baik: >75% Cukup: 60-75% Kurang: <60%

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
X3 Saat hari pemulangan X3.1 Kontrol	Kemampuan perawat dalam menjelaskan lembar kontrol	1. Waktu kontrol 2. Tempat kontrol 3. Dokter yang merawat	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Tidak pernah =1 Jarang =2 Sering =3 Sangat Sering =4 Kategori: Baik: >75% Cukup: 60-75% Kurang: <60%
X3.2 Obat	Kemampuan perawat dalam menjelaskan obat yang dibawa pulang	1. Nama obat 2. Dosis obat 3. Jumlah Obat	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Tidak pernah =1 Jarang =2 Sering =3 Sangat Sering =4 Kategori: Baik: >75% Cukup: 60-75% Kurang: <60%
X3.3 Aktivitas	Kemampuan perawat dalam menjelaskan kegiatan selama di rumah	1. Aktivitas yang diperbolehkan 2. Aktivitas yang dilarang	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Tidak pernah =1 Jarang =2 Sering =3 Sangat Sering =4 Kategori: Baik: >75% Cukup: 60-75% Kurang: <60%
X3.4 Nutrisi	Kemampuan perawat dalam menjelaskan kebutuhan makan selama di rumah	1. Aturan diet 2. Pantangan	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Tidak pernah =1 Jarang =2 Sering =3 Sangat Sering =4 Kategori: Baik: >75% Cukup: 60-75% Kurang: <60%
Dependen Peningkatan Kemandirian <i>Activity Daily Living</i>					
Y1.1 <i>Feeding</i>	Kemandirian seseorang dalam memenuhi kebutuhan makan	1. Mengambil makanan dari piring 2. Memasukkan makanan ke dalam mulut 3. Mengontrol makanan yang dilarang	Observasi dan wawancara langsung	Interval	Mandiri: apabila dapat melakukan sendiri Tergantung: apabila memerlukan bantuan

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Y1.2 <i>Toileting</i>	Kemandirian seseorang dalam memenuhi kebutuhan selama ke kamar mandi	<ol style="list-style-type: none"> Pergi ke toilet Duduk sendiri di kloset Memakai pakaian dalam Membersihkan kotoran 	Observasi dan wawancara langsung	Interval	Mandiri: apabila dapat melakukan sendiri Tergantung: apabila memerlukan bantuan
Y1.3 <i>Bathing</i>	Kemandirian seseorang dalam memenuhi kebutuhan mandi	<ol style="list-style-type: none"> Mandi Membersihkan mulut Mencuci tangan 	Observasi dan wawancara langsung	Interval	Mandiri: apabila dapat melakukan sendiri Tergantung: apabila memerlukan bantuan
Y1.4 <i>Dressing</i>	Kemandirian seseorang dalam berpakaian	<ol style="list-style-type: none"> Mengganti pakaian Berdandan/berhias 	Observasi dan wawancara langsung	Interval	Mandiri: apabila dapat melakukan sendiri Tergantung: apabila memerlukan bantuan
Y1.5 <i>Transferring</i>	Kemandirian seseorang dalam memenuhi kebutuhan bergerak	<ol style="list-style-type: none"> Berpindah dari dan ke tempat tidur Berpindah dari dan ke tempat duduk Bergerak secara bertahap 	Observasi dan wawancara langsung	Interval	Mandiri: apabila dapat melakukan sendiri Tergantung: apabila memerlukan bantuan
Y1.6 <i>Contenance</i>	Kemandirian seseorang dalam memenuhi kebutuhan BAB/ BAK	<ol style="list-style-type: none"> Mengontrol BAB Mengontrol BAK 	Observasi dan wawancara langsung	Interval	Mandiri: apabila dapat melakukan sendiri Tergantung: apabila memerlukan bantuan

4.1.4 Instrumen Penelitian

1. Pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model*

Pengukuran *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* menggunakan instrumen berupa kuesioner dan wawancara langsung dengan skala likert dan sebanyak 4 pilihan jawaban. Instrumen ini dikembangkan dari konsep *knowledge management* Nonaka dan Takeuchi dalam Setiarso dkk (2009). Kuesioner ini menilai pelaksanaan *discharge planning* yang terdiri dari *discharge planning* saat MRS: pengenalan tahap *socialization* (pertanyaan no. 1, 5, 9, 13), pengenalan tahap *externalization* (pertanyaan no. 2, 6, 10, 14), pengenalan tahap *combination* (pertanyaan no. 3,7,11,15), dan pengenalan tahap *internalization* (pertanyaan no. 4,8,12,16).

Discharge planning saat MRS: peraturan tahap *socialization* (pertanyaan no. 1, 5), peraturan tahap *externalization* (pertanyaan no. 2, 6), peraturan tahap *combination* (pertanyaan no. 3,7), dan peraturan tahap *internalization* (pertanyaan no. 4,8). *Discharge planning* saat MRS: penatalaksanaan tahap *socialization* (pertanyaan no. 1, 5, 9, 13), penatalaksanaan tahap *externalization* (pertanyaan no. 2, 6, 10, 14), penatalaksanaan tahap *combination* (pertanyaan no. 3,7,11,15), dan penatalaksanaan tahap *internalization* (pertanyaan no. 4,8,12,16).

Discharge planning selama pasien dirawat: *medication* tahap *socialization* (pertanyaan no. 1, 5, 9, 13), *medication* tahap *externalization* (pertanyaan no. 2, 6, 10, 14), *medication* tahap *combination* (pertanyaan no. 3,7,11,15), dan *medication* tahap *internalization* (pertanyaan no. 4,8,12,16).

Discharge planning selama pasien dirawat: *environment* tahap *socialization* (pertanyaan no. 1, 5, 9), *environment* tahap *externalization* (pertanyaan no. 2, 6, 10), *environment* tahap *combination* (pertanyaan no. 3,7,11), dan *environment* tahap *internalization* (pertanyaan no. 4,8,12).

Discharge planning selama pasien dirawat: *treatment* tahap *socialization* (pertanyaan no. 1, 5), *treatment* tahap *externalization* (pertanyaan no. 2, 6), *treatment* tahap *combination* (pertanyaan no. 3,7), dan *treatment* tahap *internalization* (pertanyaan no. 4,8). *Discharge planning* selama pasien dirawat: *health* tahap *socialization* (pertanyaan no. 1, 5), *health* tahap *externalization* (pertanyaan no. 2, 6), *health* tahap *combination* (pertanyaan no. 3,7), dan *health* tahap *internalization* (pertanyaan no. 4,8).

Discharge planning selama pasien dirawat: *outpatient referral* tahap *socialization* (pertanyaan no. 1, 5), *outpatient referral* tahap *externalization* (pertanyaan no. 2, 6), *outpatient referral* tahap *combination* (pertanyaan no. 3,7), dan *outpatient referral* tahap *internalization* (pertanyaan no. 4,8).

Discharge planning selama pasien dirawat: *diet* tahap *socialization* (pertanyaan no. 1, 5), *diet* tahap *externalization* (pertanyaan no. 2, 6), *diet* tahap *combination* (pertanyaan no. 3,7), dan *diet* tahap *internalization* (pertanyaan no. 4,8).

Discharge planning saat KRS: *kontrol* tahap *socialization* (pertanyaan no. 1, 5, 9), *kontrol* tahap *externalization* (pertanyaan no. 2, 6, 10), *kontrol* tahap *combination* (pertanyaan no. 3,7,11), dan *kontrol* tahap *internalization* (pertanyaan no. 4,8,12). *Discharge planning* saat KRS: *obat* tahap *socialization* (pertanyaan no. 1, 5, 9), *obat* tahap *externalization*

(pertanyaan no. 2, 6, 10), obat tahap *combination* (pertanyaan no. 3,7,11), dan obat tahap *internalization* (pertanyaan no. 4,8,12).

Discharge planning saat KRS: aktivitas tahap *socialization* (pertanyaan no. 1, 5), aktivitas tahap *externalization* (pertanyaan no. 2, 6), aktivitas tahap *combination* (pertanyaan no. 3,7), dan aktivitas tahap *internalization* (pertanyaan no. 4,8). *Discharge planning* saat KRS: nutrisi tahap *socialization* (pertanyaan no. 1, 5), nutrisi tahap *externalization* (pertanyaan no. 2, 6), nutrisi tahap *combination* (pertanyaan no. 3,7), dan nutrisi tahap *internalization* (pertanyaan no. 4,8).

Penilaian skor terdiri dari:

Tidak pernah (tidak pernah melakukan) = 1, kadang-kadang (kadang melakukan dan sering tidak melakukan) = 2, sering (sering melakukan sesuai pernyataan dan kadang tidak melakukan)= 3, dan selalu (selalu melakukan sesuai pernyataan) = 4. Skala akan dikategorikan kriteria pelaksanaan baik jika skor >75%, pelaksanaan cukup jika skor <60%-75% dan pelaksanaan kurang jika skor <60%.

2. Peningkatan kemandirian *activity daily living*

Pengukuran tingkat kemandirian responden dilakukan melalui teknik wawancara dengan responden dan observasi. Instrumen pengkajian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan instrumen dari indeks katz yang mengukur kemandirian dalam *activity daily living* meliputi *feeding* (pernyataan 1,2,3), *toileting* (pernyataan 1,2,3,4) *bathing* (pernyataan 1,2,3), *dressing* (pernyataan 1,2), , *transferring* (pernyataan 1,2,3), dan *continence* (pernyataan 1,2).

Penilaian skor terdiri dari:

Ya= 2, Tidak = 1. Mandiri apabila dapat melakukan sendiri dan tergantung apabila memerlukan bantuan. Skala akan dikategorikan menjadi mandiri : 25-34 dan tergantung 0-24 (Martono dan Kris, 2009).

4.1.5 Analisis Data

1) Uji Validitas dan Reliabilitas

Sebelum melakukan penelitian, alat ukur diuji coba terlebih dahulu. Uji coba alat ukur dilakukan dengan menyebarkan kuesioner kepada sejumlah partisipan yang bukan subjek pada penelitian ini untuk menguji validitas dan reliabilitas instrument maka dilaksanakan uji coba terhadap 20 responden di RSUD Pamekasan. Responden dalam uji coba kuesioner ini tidak termasuk responden penelitian.

Hasil uji coba ukur selanjutnya dianalisis validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas dilakukan untuk melihat sejauh mana alat ukur yang akan digunakan benar dan akurat dalam mengukur apa yang akan diukur (Pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model*, kemandirian ADL). Validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti keandalan instrumen dalam mengumpulkan data (Nursalam, 2016). Pentingnya uji validitas adalah untuk mengetahui apakah ada pernyataan-pernyataan pada kuesioner yang harus dibuang atau diganti karena dianggap tidak relevan. Teknik untuk mengukur validitas kuesioner adalah dengan menghitung korelasi antar data pada masing-masing pernyataan dengan skor total, memakai rumus korelasi product moment sebagai berikut:

$$r = \frac{n (\sum XY) - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2] [n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan:

r : Koefisien korelasi antara x dan y rxy

n : Jumlah subjek

X : Skor item

Y : Skor total

$\sum X$: Jumlah skor item

$\sum Y$: Jumlah skor total

$\sum X^2$: Jumlah kuadrat skor item

$\sum Y^2$: Jumlah kuadrat skor total

Item instrumen dianggap valid jika $> 0,05$ atau bisa membandingkannya dengan r tabel. Jika r hitung $> r$ tabel maka item instrumen dianggap valid.

Uji reliabilitas dilakukan untuk melihat sejauh mana alat ukur yang digunakan memiliki konsistensi, stabilitas dan akurat (Anastasia dan Urbinia, 1997). Untuk uji reliabilitas dilakukan pengujian berdasarkan konsistensi internal dari skala dengan teknik Cronbach Alpha (α) dengan $\alpha > 0,50$ (Ghozali, 2005). Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup diukur berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2016). Uji reliabilitas berguna untuk menetapkan apakah instrumen yang dalam hal ini kuesioner dapat digunakan lebih dari satu kali, paling tidak oleh responden yang sama akan menghasilkan data konsisten. Uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan alpha cronbach diukur berdasarkan skala alpha cronbach 0 sampai 1. Rumus untuk menghitung reliabilitas instrumen menggunakan alpha cronbach adalah sebagai berikut:

$$\alpha = \left(\frac{k}{(k-1)} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma^2}{\sigma^2} \right)$$

Keterangan:

α : Koefisien reliabilitas instrumen (alpha cronbach)

k : Banyak butir pertanyaan atau banyaknya soal

$\sum\sigma^2$: Total varians butir

σ^2 : Total varians

Item kuesioner dianggap reliabel jika ukuran kemantapan $\alpha > 0,6$.

Jika skala itu dikelompokkan ke dalam lima kelas dengan rentang yang sama, maka

ukuran kemantapan alpha dapat diinterpretasikan sebagai berikut:

Nilai alpha Cronbach 0,00 s.d 0,20, berarti kurang reliabel

Nilai alpha Cronbach 0,21 s.d 0,40, berarti agak reliabel

Nilai alpha Cronbach 0,41 s.d 0,6, berarti cukup reliabel

Nilai alpha Cronbach 0,61 s.d 0,80, berarti reliabel

Nilai alpha Cronbach 0,81 s.d 1,00, berarti sangat reliabel

a. Hasil uji validitas dengan nilai batas 0,444

a). Hasil dari uji validitas variabel *discharge planning* saat MRS

1. sub variabel pengenalan menunjukkan nilai paling rendah 0,747
2. sub variabel peraturan menunjukkan nilai paling rendah 0,761
3. sub variabel penatalaksanaan menunjukkan nilai paling rendah 0,756

b). Hasil dari uji validitas variabel *discharge planning* selama dirawat

1. sub variabel *medication* menunjukkan nilai paling rendah 0,760
2. sub variabel *environment* menunjukkan nilai paling rendah 0,752
3. sub variabel *treatment* menunjukkan nilai paling rendah 0,762
4. sub variabel *health* menunjukkan nilai paling rendah 0,745
5. sub variabel *outpatient referral* menunjukkan nilai paling rendah 0,774
6. sub variabel diet menunjukkan nilai paling rendah 0,749

- c). Hasil dari uji validitas variabel *discharge planning* saat KRS
 - 1. sub variabel kontrol menunjukkan nilai paling rendah 0,765
 - 2. sub variabel obat menunjukkan nilai paling rendah 0,762
 - 3. sub variabel aktivitas menunjukkan nilai paling rendah 0,770
 - 4. sub variabel nutrisi menunjukkan nilai paling rendah 0,760
- b. Hasil uji reliabilitas
 - a). Hasil uji reliabilitas variabel *discharge planning* saat MRS sub variabel pengenalan menunjukkan angka 0,768, sub variabel peraturan 0,799 dan sub variabel penatalaksanaan 0,774.
 - b). Hasil uji reliabilitas variabel *discharge planning* selama dirawat sub variabel *medication* menunjukkan angka 0,776, sub variabel *environment* 0,771, sub variabel *treatment* 0,795, sub variabel *health* 0,786, sub variabel *outpatient referral* 0,804, dan sub variabel diet 0,786.
 - c). Hasil uji reliabilitas variabel *discharge planning* saat KRS sub variabel kontrol menunjukkan angka 0,787, sub variabel obat 0,784, sub variabel aktivitas 0,800 dan sub variabel nutrisi 0,793.

2) Analisis Deskriptif

Pada penelitian ini akan dilakukan pada semua variabel penelitian, dengan menghitung nilai tengah (\bar{X} , median dan modus) dan membuat distribusi frekuensi berdasarkan kategori masing-masing variabel dan deskripsi kategori dengan pendekatan analisis baris kolom, tabulasi silang. Analisis univariat pada umumnya ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel (Martini, 2007). Kategori untuk: Baik: $>75\%$, cukup: 56-75 % dan kurang: $\leq 55\%$.

3) Analisis Inferensial

Analisis yang digunakan adalah dengan menggunakan pendekatan PLS (*Partial Least Square*). Dengan menggunakan PLS dimungkinkan melakukan permodelan persamaan struktural dengan ukuran sampel relatif kecil dan tidak membutuhkan asumsi normal multivariat. PLS merupakan metode yang analisis yang kuat karena dapat diterapkan pada semua skala data, tidak membutuhkan banyak asumsi dan ukuran sampel tidak harus besar. PLS selain dapat digunakan sebagai konfirmasi teori juga dapat digunakan untuk membangun hubungan yang belum ada landasan teorinya atau untuk pengujian proposisi. Langkah-langkah permodelan persamaan struktural berbasis PLS adalah sebagai berikut:

(1) Evaluasi model pengukuran atau *outer* model

Model pengukuran atau *outer* model dengan indikator reflektif dievaluasi berdasarkan hasil *validity* dan *reliability* indikator. Indikator dianggap valid jika memiliki nilai *outer loading* diatas 0,5 dan nilai *t-Statistic* diatas 1,96. *Reliability* menguji nilai reliabilitas indikator dari kontrak yang membentuknya. Namun, dalam uji kali ini *outer* model tidak dilakukan, dikarenakan uji validitas indikator sudah dilakukan dnegan uji *Pearson Product Moment* dan uji reliabilitas konstruk dari indikator sudah dilakukan dengan *Cronbach Alpha*.

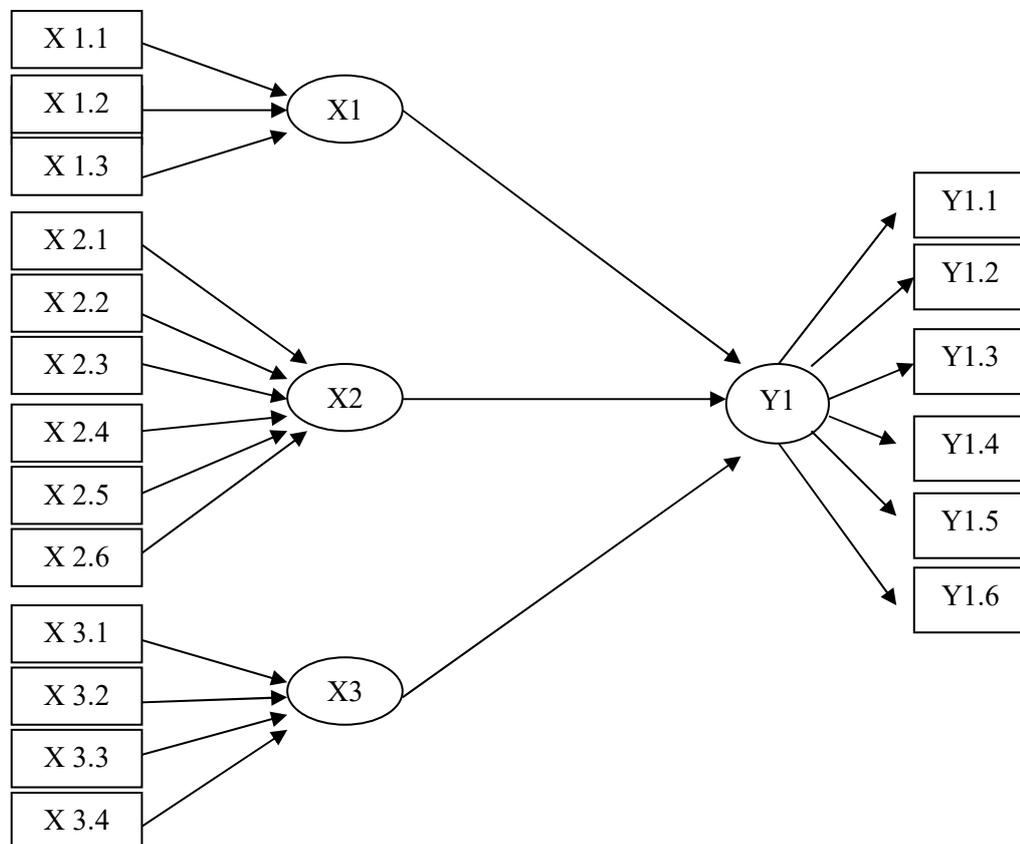
(2) Evaluasi model struktural atau *inner* model

Evaluasi *inner* model bertujuan untuk mengetahui besarnya pengaruh atau hubungan kausalitas antar variabel-variabel didalam penelitian, yaitu dengan mendapatkan nilai *R square* atau koefisien determinasi yang merupakan sebuah nilai yang menjelaskan tentang ukuran kebaikan model, atau besarnya

pengaruh variabel-variabel bebas terhadap variabel terikat serta nilai Q^2 atau relevansi prediksi. Apabila diperoleh nilai Q^2 lebih besar dari nol dan mendekati 1, hal tersebut memberikan bukti bahwa model memiliki *predictive relevance* namun apabila diperoleh Q^2 dibawah nol maka terbukti bahwa model tidak memiliki *predictive relevance*.

(3) Pengujian hipotesis

Pengujian hipotesis dilakukan dengan uji statistik t test.



Gambar 4.1 Kerangka analisis pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management* seci *model* sebagai upaya peningkatan kemandirian *activity daily living* di RSUD Moh. Noer Pamekasan

Keterangan:

X	=	<i>Discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management SECI Model</i>	X3	=	Saat hari pemulangan
X1	=	Saat pasien MRS	X3.1	=	Kontrol
X1.1	=	Pengenalan	X3.2	=	Obat
X1.2	=	Peraturan	X3.3	=	Aktivitas
X1.3	=	Penatalaksanaan	X3.4	=	Nutrisi
X2	=	Selama pasien dirawat	Y1	=	Kemandirian <i>ADL</i>
X2.1	=	<i>Medication</i>	Y1.1	=	<i>Feeding</i>
X2.2	=	<i>Environment</i>	Y1.2	=	<i>Toileting</i>
X2.3	=	<i>Treatment</i>	Y1.3	=	<i>Bathing</i>
X2.4	=	<i>Health</i>	Y1.4	=	<i>Dressing</i>
X2.5	=	<i>Outpatient referral</i>	Y1.5	=	<i>Transferring</i>
X2.6	=	<i>Diet</i>	Y1.6	=	<i>Continence</i>

4.2 Tahap Penelitian II

4.2.1 Desain Penelitian

Tahap kedua pada penelitian ini menggunakan desain eksperimen semu (*quasy experiment*) dengan randomisasi dan kontrol. Pada tahap kedua ini terdapat dua kelompok yaitu kelompok kontrol yang tidak mendapatkan perlakuan (menerapkan *discharge planning* seperti biasa) dan kelompok perlakuan yang memperoleh intervensi penerapan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* dari FGD dan diskusi bersama pakar.

Desain ini berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol disamping kelompok perlakuan. Pemilihan kedua kelompok ini tidak menggunakan teknik acak.

Tabel 4.4 Kerangka desain penelitian pengembangan model *discahrge planning* berbasis *knowledge managment SECI model* sebagai upaya peningkatan kemandirian ADL

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca
K-A	O	I	O1-A
K-B	O	-	O1-B
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan:

- K-A : Subjek perlakuan
 K-B : Subjek kontrol
 O : Observasi sebelum uji coba *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model*
 I : Uji coba pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model*
 O1-A dan O1-B : Observasi kemandirian ADL

4.2.2 Populasi, sample dan teknik *sampling*

1. Populasi

Populasi terjangkau dalam tahap uji coba ini adalah seluruh perawat di ruang Paviliun dan Irna 1 sebanyak 28 perawat dan pasien di ruang Paviliun dan Irna 1 RSUD Moh. Noer Pamekasan sebanyak 27 pasien.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui *sampling* (Nursalam, 2016). Penentuan sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus sampel:

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q} \\
 &= \frac{27 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,39 \cdot 0,61}{(0,05)^2 \cdot (27-1) + (1,96)^2 \cdot 0,39 \cdot 0,61} \\
 &= 25,20886 \text{ dibulatkan menjadi } 25 \text{ pasien}
 \end{aligned}$$

Keterangan

- n : Besar sampel
 p : proporsi kemandirian pasien dalam *activity daily living*
 q : 1 – p (100%-p)
 Z_{α}^2 : Harga kurva normal yang tergantung dari harga alpha ($Z_{\alpha 0.05} = 1,96$)
 N : Besar unit pasien
 d : Toleransi kesalahan yang dipilih ($d=0,05$)

Tabel 4.5 Besar sampel penelitian tahap dua

No	Ruangan	Populasi		Sampel	
		Perawat	Pasien	Perawat	Pasien
1	Paviliun	12	12	11	11
2	Irna 1	16	15	15	14
	Total	28	27	26	25

3. Teknik *sampling*

Teknik yang digunakan dalam tahap kedua ini yaitu teknik *probability sampling* jenis *simple random sampling*. Teknik pengambilan sampel yang memberi kesempatan yang sama kepada setiap anggota yang ada dalam suatu populasi untuk menjadi sampel (Siregar, 2012).

4.2.3 Variabel dan definisi operasional penelitian

1. Variabel

Tabel 4.6 Variabel penelitian tahap 2 pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge managment SECI model* sebagai upaya peningkatan kemandirian *activity daily living*

Variabel	Keterangan	Indikator
Variabel independen X	Pelaksanaan <i>discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management SECI model</i>	
Variabel dependen Y1	Peningkatan kemandirian <i>activity daily living</i>	Y1.1 <i>Feeding</i> Y1.2 <i>Toileting</i> Y1.3 <i>Bathing</i> Y1.4 <i>Dressing</i> Y1.5 <i>Transferring</i> Y1.6 <i>Continence</i>

2. Definisi Operasional

Tabel 4.7 Definisi operasional tahap 2 pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge managment SECI model* sebagai upaya peningkatan kemandirian *activity daily living*

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
X	Kegiatan perencanaan pulang yang dilakukan oleh perawat yang bekerja dalam 1 ruangan	1. Tindakan perawat mengenai perencanaan pulang ketika pasien baru masuk RS 2. Tindakan perawat mengenai	Modul yang dihasilkan dari penelitian tahap 1	-	-

		perencanaan pulang selama merawat pasien			
		3. Tindakan perawat mengenai perencanaan pemulangan ketika pasien diperbolehkan pulang			
Y1.1 <i>Feeding</i>	Kemandirian seseorang dalam memenuhi kebutuhan makan	1. Mengambil makanan dari piring 2. Memasukkan makanan ke dalam mulut 3. Mengontrol makanan	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Mandiri: apabila dapat melakukan sendiri Tergantung: apabila memerlukan bantuan
Y1.2 <i>Toileting</i>	Kemandirian seseorang dalam memenuhi kebutuhan selama ke toilet	1. Pergi ke toilet 2. Duduk sendiri di kloset 3. Memakai pakaian dalam 4. Membersihkan kotoran	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Mandiri: apabila dapat melakukan sendiri Tergantung: apabila memerlukan bantuan
Y1.3 <i>Bathing</i>	Kemandirian seseorang dalam memenuhi kebutuhan mandi	1. Mandi 2. Membersihkan mulut 3. Mencuci tangan	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Mandiri: apabila dapat melakukan sendiri Tergantung: apabila memerlukan bantuan
Y1.4 <i>Dressing</i>	Kemandirian seseorang dalam berpakaian	1. Mengganti pakaian 2. Berdandan/berhias	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Mandiri: apabila dapat melakukan sendiri Tergantung: apabila memerlukan bantuan
Y1.5 <i>Transferring</i>	Kemandirian seseorang dalam memenuhi kebutuhan bergerak	1. Berpindah dari dan ke tempat tidur 2. Berpindah dari dan ke tempat duduk 3. Bergerak secara bertahap	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Mandiri: apabila dapat melakukan sendiri Tergantung: apabila memerlukan bantuan
Y1.6 <i>Continence</i>	Kemandirian seseorang dalam memenuhi kebutuhan BAB/ BAK	1. Mengontrol BAB 2. Mengontrol BAK	Kuesioner dan wawancara langsung	Interval	Mandiri: apabila dapat melakukan sendiri Tergantung: apabila memerlukan bantuan

4.2.4 Instrumen Penelitian

Pengukuran tingkat kemandirian responden dilakukan melalui teknik wawancara dengan responden dan kuesioner. Instrumen pengkajian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan instrumen dari indeks katz yang mengukur kemandirian dalam *activity daily living* meliputi *feeding, bathing, dressing, toileting, transferring*, dan *continence*.

Penilaian skor terdiri dari:

Ya= 2, Tidak = 1. Mandiri apabila dapat melakukan sendiri dan tergantung apabila memerlukan bantuan. Skala akan dikategorikan menjadi mandiri : 25-34 dan tergantung 0-24 (Martono dan Kris, 2009).

4.2.5 Analisis data penelitian

Pengujian pengaruh *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* sebagai upaya peningkatan kemandirian *activity daily living* dengan menggunakan uji statistik sebagai berikut:

1. Analisis deskriptif

Analisis deskriptif dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi dari masing variabel dalam bentuk kategori dengan pendekatan tabulasi silang dan menghasilkan data berupa presentasi. Analisis deskriptif ditujukan untuk menggambarkan persepsi responden terhadap indikator yang merefleksikan variabel penelitian, berdasarkan kecenderungan tanggapan responden terhadap butir pertanyaan dalam instrumen penelitian.

2. Analisis inferensial

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Perbedaan kemandirian *activity daily living* kelompok kontrol dan perlakuan sebelum dan sesudah intervensi menggunakan uji *paired t test test*. Hipotesis alternatif diterima bila $p \leq 0,05$.
- 2) Pengaruh *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* terhadap peningkatan kemandirian *activity daily living* kelompok kontrol dan perlakuan sesudah intervensi menggunakan uji *independent t test*. Hipotesis alternatif diterima apabila $p \leq 0,05$.

4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.3.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Moh. Noer Pamekasan dan RSUD Asyifa Husada Pamekasan mulai tanggal 14 Februari sampai dengan 07 Mei 2018 . Lokasi ruangan tersebut dipilih karena pelaksanaan *discharge planning* belum dilakukan sesuai standar.

4.3.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dapat dilihat pada tabel 4.8 dibawah ini:

Tabel 4.8 Jadwal penelitian pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* sebagai upaya peningkatan kemandirian ADL di rna RSUD Mohammad Noer Pamekasan

No	Kegiatan	Waktu Pelaksanaan (2017 – 2018)							
		Okt '17	Nov '17	Des '17	Jan '18	Feb '18	Mar '18	Apr '18	Mei '18
1	Penyusunan praproposal	■							
2	Ujian praproposal		■						
3	Ujian proposal tesis			■					
4	Uji etik				■				
5	Penelitian tahap 1					■			
6	Penelitian tahap 2						■		
7	Penyusunan tesis							■	
8	Uji hasil								■
9	Uji tesis								■

4.4 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2016). Proses pengambilan dan pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah:

1. Administrasi (perijinan)

Perijinan dilakukan setelah mendapatkan surat permohonan ijin dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga untuk melakukan penelitian yang ditujukan kepada Direktur RSUD Mohammad Noer dan RSUD As Syifa Pamekasan yang selanjutnya diberikan surat ijin melakukan penelitian.

2. Pengumpulan data

- a. Tahap persiapan alat ukur penelitian. Proses penyusunan alat ukur *discharge planning*

- b. Tahap uji coba alat ukur/ instrumen, tahap uji coba instrumen dilakukan di RSUD Mohammad Noer Pamekasan

- c. Melakukan pengambilan data dengan dimulai dari evaluasi pelaksanaan *discharge planning* secara umum di RSUD Mohammad Noer dan RSUD As SyifaPamekasan

3. Melakukan pengambilan data dimulai dengan pengukuran *discharge planning* saat pasien MRS, selama pasien dirawat, saat hari pemulangan, dan kemandirian *activity daily living* oleh pasien. Strategi pengukuran dilakukan cara menjelaskan terlebih dahulu maksud dan tujuan penelitian, apabila responden setuju, maka akan dibuktikan dengan *informed consent* yang telah ditandatangani. Pengambilan data ini dilakukan setelah perawat melakukan

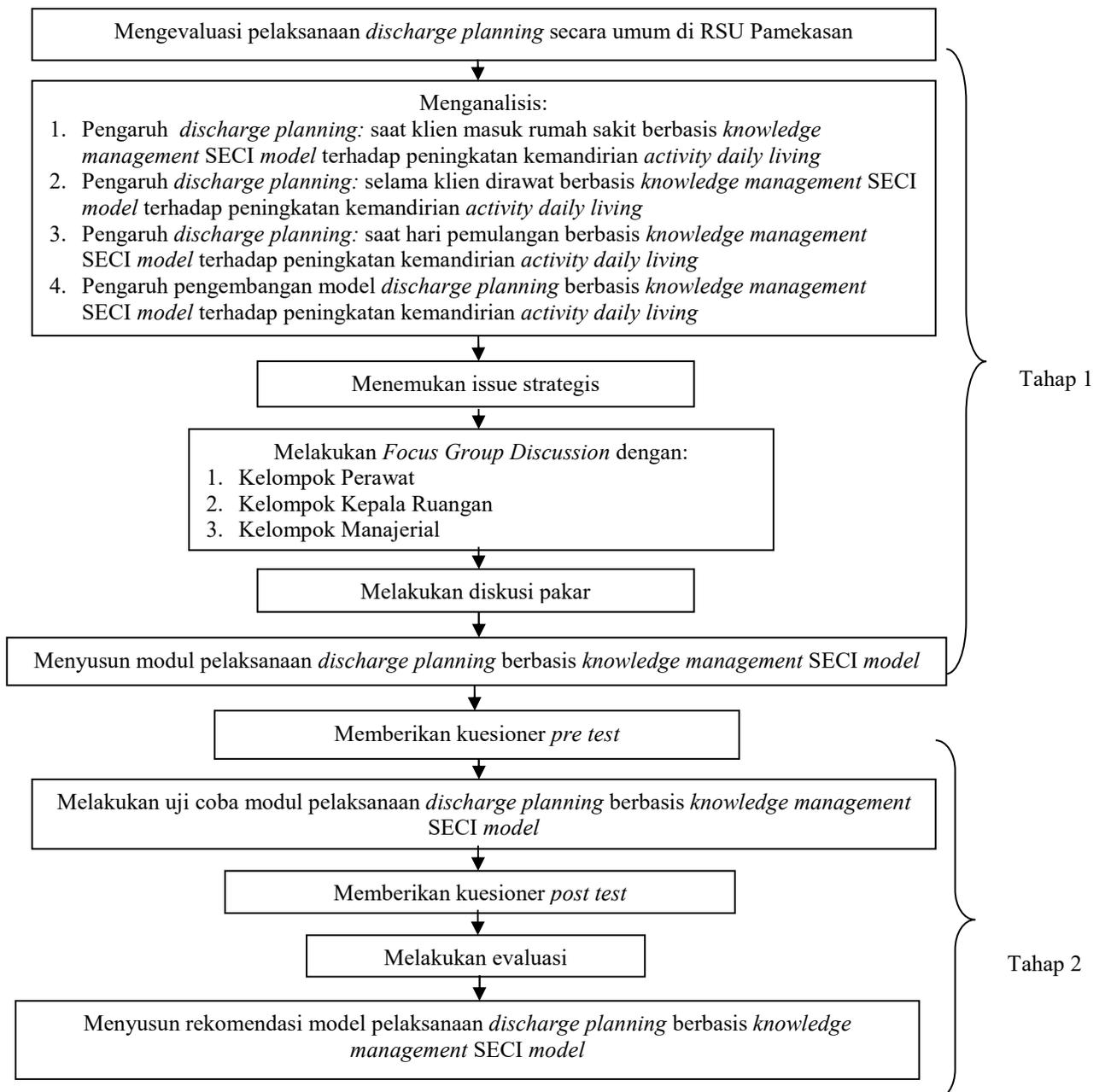
tindakan keperawatan (timbang terima, mengukur tanda vital, pemberian obat, dan sebagainya) yaitu pada waktu perawat melakukan kegiatan non produktif (makan dan minum, pergi ke toilet, telepon dan saat perawat duduk di *ners station*).

4. Melakukan analisis data menggunakan uji statistik *partial least square* (PLS) sampai menemukan *issue strategis*.
5. Melakukan *focus group discussion* bersama kelompok perawat, kelompok kepala ruangan dan kelompok manajerial serta melakukan diskusi pakar. FGD dilakukan pada saat jam istirahat.
6. Mengembangkan modul pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model*.
7. Melakukan uji coba modul pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* pada pasien.
 - a. Melakukan sosialisasi modul pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* kepada perawat dan melakukan pendampingan selama 4 hari.
 - b. Perawat diberikan penjelasan tentang penggunaan modul.
 - c. Memberikan kuesioner kepada responden dalam pemenuhan kemandirian ADL saat pasien baru sebagai *pre test* dan memberikan kuesioner lagi saat pasien dinyatakan boleh pulang sebagai *posttest*.
8. Evaluasi dilakukan dengan cara menganalisis kemampuan perawat dalam melaksanakan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* serta menganalisis kemandirian *activity daily living* antara kelompok

kontrol dan kelompok perlakuan sebelum dan sesudah intervensi dengan menggunakan uji statistik.

9. Membuat rekomendasi model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model*

4.5 Kerangka Operasional



Gambar 4.2 Kerangka operasional penelitian pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* sebagai upaya peningkatan kemandirian *activity daily living*

4.6 Etik Penelitian

Penelitian memiliki beberapa prinsip etika yaitu: (1) prinsip manfaat, (2) prinsip menghargai hak-hak subyek, (3) prinsip keadilan. Oleh karena itu, dalam melaksanakan penelitian ini, peneliti mendapat rekomendasi dari Program Magister Keperawatan Unair dan permintaan ijin ke RSUD Moh. Noer Pamekasan. Setelah mendapat persetujuan, penelitian dilaksanakan dengan berpedoman pada masalah etik yang meliputi:

1. *Informed consent* (lembar persetujuan) menjadi responden

Lembar persetujuan ini diberikan kepada perawat di RSUD Moh. Noer Pamekasan dengan memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian serta dampak yang terjadi bila menjadi responden. Lembar persetujuan ini diisi secara sukarela oleh responden. Namun, apabila tidak tersedia maka peneliti akan tetap menghormati hak-haknya.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Nama responden tidak dicantumkan pada lembar pengumpulan data, hal ini bertujuan untuk menjaga kerahasiaan responden. Namun, untuk mengetahui keikutsertaan responden, peneliti menggunakan kode pada masing-masing lembar pengumpulan data.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Informasi yang telah diperoleh dari responden akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Peneliti hanya menyajikan informasi terutama dilaporkan pada hasil riset.

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Pada bab ini akan disajikan hasil penelitian dan analisis pengembangan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* sebagai upaya peningkatan kemandirian *activity daily living*. Penelitian dilaksanakan tanggal 14 Februari 2018 sampai dengan 07 Mei 2018

Pada bagian hasil penelitian akan diuraikan mengenai data yang didapat saat penelitian berlangsung. Hasil penelitian meliputi 1) gambaran umum lokasi penelitian, 2) karakteristik demografi responden, 3) data khusus mengenai variabel yang diukur meliputi *discharge planning* saat masuk rumah sakit, *discharge planning* selama dirawat, *discharge planning* saat keluar rumah sakit, kemandirian ADL, pengaruh *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian *activity daily living*, 4) Hasil *focus group discussion*, 5) Hasil penerapan modul pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model*

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

UPT Rumah Sakit Umum Mohammad Noer Pamekasan merupakan instalasi publik yang menyediakan jasa pelayanan kesehatan merupakan organisasi nirlaba. Dalam melakukan kegiatannya berdasarkan prinsip efektif, efisien, transparan, akuntabel dan produktifitas dengan pengelolaan sesuai dengan tatanan Badan Layanan Umum Daerah.

Pelayanan yang dilaksanakan di RSUD Mohammad Noer Pamekasan meliputi Instalasi Gawat Darurat (IGD), pelayanan ruang operasi (OK), pelayanan Rawat Inap (rawat inap kelas I, II, III dan VIP), pelayanan rawat jalan (penyakit dalam, kesehatan anak, obstetri dan ginekologi, syaraf, jantung dan pembuluh darah, Paru dan gigi mulut), instalasi laboratorium, instalasi radiologi, instalasi farmasi dan instalasi gizi.

RSUD Mohammad Noer Pamekasan memiliki kapasitas 84 tempat tidur rawat inap BOR (*Bed Occupancy Rate*) 72,25%, TOI (*Turn Over Interval*) 1,43 hari, dan ALOS (*Average Length of Stay*) 3 hari. Jenis model MAKP yang digunakan di RSUD Mohammad Noer Pamekasan adalah metode tim yang dipimpin seorang perawat profesional dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Pelaksanaan *discharge planning* di RSUD Mohammad Noer belum memiliki standar prosedur operasional, sehingga *discharge planning* hanya dilaksanakan saat pasien diperbolehkan pulang dengan memberikan lembar kontrol.

5.2 Hasil Penelitian Tahap I

Penelitian tahap pertama dilaksanakan pada tanggal 14 Februari - 29 Maret 2018 dengan melibatkan responden 102 perawat pelaksana yang sedang melakukan *discharge planning* mulai dari klien masuk rumah sakit sampai klien diperbolehkan untuk pulang yang terdiri dari 102 pasien (RSUD Mohammad Noer dan RSUD As Syifa Pamekasan).

5.2.1 Karakteristik Demografi Responden

Data penelitian ini diperoleh melalui penyebaran 102 kuesioner kepada responden penelitian yaitu tenaga keperawatan RSUD Mohammad Noer Pamekasan dan RSUD As Syifa Pamekasan. Berikut ini akan disajikan karakteristik responden penelitian serta tabel distribusi frekuensi terdiri dari jenis kelamin, usia, status kepegawaian, pendidikan terakhir dan lama kerja.

Tabel 5.1 Karakteristik responden perawat RSUD Mohammad Noer dan RSUD As Syifa Pamekasan pada bulan Februari 2018

No	Karakteristik Responden	Jumlah		
		f	%	
1	Jenis Kelamin	1. Laki-laki	59	57,8
		2. Perempuan	43	42,2
	Total	102	100	
2	Usia	1. 20 -25	14	13,7
		2. 26-30	50	49
		3. 31-40	38	37,3
		4. >40	0	0
	Total	102	100	
3	Status Kepegawaian	1. Tetap	22	21,6
		2. Kontrak	80	78,4
	Total	102	100	
4	Pendidikan	1. DIII Keperawatan	91	89,2
		2. S1 Keperawatan	11	10,8
	Total	102	100	
5	Lama Kerja	1. 1-5 tahun	64	62,7
		2. 6-10 tahun	26	25,5
		3. 11-15 tahun	12	11,8
		4. >16 tahun	0	0
	Total	102	100	

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa karakteristik responden sebagian besar berjenis kelamin laki-laki sebanyak 57,8 %, hampir setengahnya berusia 26-30 tahun sebanyak 49%, hampir seluruh responden berstatus kepegawaian sebagai pegawai kontrak sebanyak 78,4%, hampir seluruhnya berpendidikan terakhir DIII Keperawatan sebanyak 89,2% dan sebagian besar responden memiliki lama kerja 1-5 tahun sebanyak 62,7%.

5.2.2 Deskripsi Variabel Penelitian

1. *Discharge planning* saat masuk rumah sakit

Discharge planning saat masuk rumah sakit terdiri dari pengenalan, peraturan dan penatalaksanaan. Hasil rekapitulasi variabel *discharge planning* saat masuk rumah sakit pada tiap indikator dan variabel *discharge planning* saat masuk rumah sakit secara keseluruhan disajikan pada tabel distribusi frekuensi berikut:

Tabel 5.2 *Discharge planning* saat masuk rumah sakit di RSUD Mohammad Noer dan RSUD As Syifa Pamekasan pada Bulan Februari 2018

Variabel saat MRS	Kurang		Cukup		Baik		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Pengenalan	62	60.8	29	28.4	11	10.8	102	100
Peraturan	54	52.9	17	16.7	31	30.4	102	100
Penatalaksanaan	64	62.7	22	21.6	16	15.7	102	100

Pelaksanaan *discharge planning* saat masuk rumah sakit yang terdiri dari 3 indikator yaitu pengenalan, peraturan dan penatalaksanaan. *Discharge planning* saat masuk rumah sakit sebagian besar menunjukkan kategori kurang pada indikator peraturan (52,9%), pengenalan (60,8%), dan penatalaksanaan (62,7%). Hal ini menunjukkan bahwa *discharge planning* saat masuk rumah sakit yang dilakukan oleh perawat masih kurang.

2. *Discharge planning* selama klien dirawat

Hasil pengumpulan data tentang *discharge planning* selama klien dirawat yang dilakukan oleh Perawat RSUD Mohammad Noer dan RSUD As Syifa Pamekasan dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.3 *Discharge planning* selama klien dirawat di RSUD Mohammad Noer dan RSUD As Syifa Pamekasan pada Bulan Februari 2018

Variabel selama klien dirawat	Kurang		Cukup		Baik		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<i>Medication</i>	57	55.9	20	19.6	25	24.5	102	100
<i>Environment</i>	81	79.4	10	9.8	11	10.8	102	100
<i>Treatment</i>	64	62.8	14	13.7	24	23.5	102	100
<i>Health</i>	71	69.6	16	15.7	15	14.7	102	100
<i>Outpatient Referral</i>	44	43.1	17	16.7	41	40.2	102	100
Diet	61	59.8	20	19.6	21	20.6	102	100

Discharge planning selama klien dirawat mempunyai 6 sub variabel yaitu *medication*, *environment*, *treatment*, *health*, *outpatient referral*, dan diet. Hasil *discharge planning* selama klien dirawat yang termasuk dalam kategori baik yaitu *medication* (24,5%) dan *outpatient referral* (40,2%), sedangkan yang termasuk dalam kategori kurang yaitu *treatment* (62,8%), *health* (69,6%), dan *environment* (79,4%). Hal ini menunjukkan bahwa *discharge planning* selama klien dirawat masih kurang.

3. *Discharge planning* saat hari pemulangan

Hasil pengumpulan data *discharge planning* saat hari pemulangan oleh Perawat RSUD Mohammad Noer dan RSUD As Syifa Pamekasan pada tiap indikator dan secara keseluruhan disajikan pada tabel distribusi frekuensi berikut.

Tabel 5.4 *Discharge planning* saat hari pemulangan di RSUD Mohammad Noer dan RSUD As Syifa Pamekasan pada Bulan Februari 2018

Variabel saat hari pemulangan	Kurang		Cukup		Baik		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Kontrol	42	41.2	22	21.6	38	37.2	102	100
Obat	54	52.9	16	15.7	32	31.4	102	100

Variabel saat hari pemulangan	Kurang		Cukup		Baik		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Aktivitas	55	53.9	16	15.7	31	30.4	102	100
Nutrisi	55	53.9	22	21.6	25	24.5	102	100

Discharge planning selama klien dirawat mempunyai 4 sub variabel yaitu kontrol, obat, aktivitas dan nutrisi. Hasil *discharge planning* saat hari pemulangan yang termasuk dalam kategori baik yaitu kontrol (37,2%) dan obat (31,4%), sedangkan yang termasuk dalam kategori kurang yaitu aktivitas dan nutrisi (53,9%). Hal ini menunjukkan bahwa *discharge planning* saat hari pemulangan masih kurang.

4. Pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model*

Pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* meliputi tahapan saat klien masuk rumah sakit, selama klien dirawat dan saat hari pemulangan klien yang masing tahapan melalui proses *knowledge management SECI model (socialization, externalization, combination and internalization)*.

Tabel 5.5 Pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI*

Pelaksanaan <i>discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management SECI model</i>	Kurang		Cukup		Baik		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<i>Discharge planning</i> saat klien MRS								
<i>Socialization</i> Perawat memberikan penjelasan atau <i>sharing</i> informasi terhadap pasien mengenai pengenalan, peraturan dan penataksanaan	51	50	26	25.5	25	24.5	102	100
<i>Externalization</i> Perawat melakukan atau mengaplikasikan apa yang sudah dijelaskan terhadap pasien	68	66.7	24	23.5	10	9.8	102	100

Pelaksanaan <i>discharge planning</i> berbasis <i>knowledge management SECI model</i>	Kurang		Cukup		Baik		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<i>Combination</i> Perawat dan pasien saling bertukar informasi dalam tindakan	69	67.6	25	24.5	8	7.9	102	100
<i>Internalization</i> Perawat menjadi terbiasa dalam memberikan pembelajaran	62	60.8	7	6.9	33	32.3	102	100
<i>Discharge planning</i> selama klien dirawat								
<i>Socialization</i> Perawat memberikan penjelasan atau <i>sharing</i> informasi terhadap pasien mengenai <i>medication, environment, treatment, health, outpatient referral</i> dan diet	55	53.9	28	27.5	19	18.6	102	100
<i>Externalization</i> Perawat melakukan atau mengaplikasikan apa yang sudah dijelaskan terhadap pasien	65	63.7	23	22.6	14	13.7	102	100
<i>Combination</i> Perawat dan pasien saling bertukar informasi dalam tindakan	72	70.6	14	13.7	16	15.7	102	100
<i>Internalization</i> Perawat menjadi terbiasa dalam memberikan pembelajaran	65	63.7	22	21.6	15	14.7	102	100
<i>Discharge planning</i> saat klien KRS								
<i>Socialization</i> Perawat memberikan penjelasan atau <i>sharing</i> informasi terhadap pasien mengenai kontrol, obat, aktivitas dan nutrisi	29	28.4	24	23.5	49	48.1	102	100
<i>Externalization</i> Perawat melakukan atau mengaplikasikan apa yang sudah dijelaskan terhadap pasien	51	50	27	26.5	24	23.5	102	100
<i>Combination</i> Perawat dan pasien saling bertukar informasi dalam tindakan	53	51.9	27	26.5	22	21.6	102	100
<i>Internalization</i> Perawat menjadi terbiasa dalam memberikan pembelajaran	48	47.1	23	22.5	31	30.4	102	100

Tabel 5.5 ini menunjukkan bahwa pelaksanaan *discharge planning* tahap saat klien masuk rumah sakit setengah responden pada *socialization* dalam kategori kurang yaitu sebanyak 51 orang (50%), sebagian besar responden pada *externalization* dalam kategori kurang yaitu sebanyak 68 orang (66,7%), *combination* dalam kategori kurang yaitu sebanyak 69 orang (67,6%), dan

internalization dalam kategori kurang yaitu sebanyak 62 orang (60,8%). Pada tahap selama klien dirawat sebagian besar responden pada *socialization* dalam kategori kurang yaitu sebanyak 55 orang (53,9%), *externalization* dalam kategori kurang yaitu sebanyak 65 orang (63,7%), *combination* dalam kategori kurang yaitu sebanyak 72 orang (70,6%) dan *internalization* dalam kategori kurang yaitu sebanyak 65 orang (63,7%). Pada tahap saat hari pemulangan klien hampir setengahnya responden pada *socialization* dalam kategori baik yaitu sebanyak 49 orang (48,1%), setengahnya responden pada *externalization* dalam kategori kurang yaitu sebanyak 51 orang (50%), sebagian besar responden pada *combination* dalam kategori kurang yaitu sebanyak 53 orang (51,9%), dan hampir setengahnya responden pada *internalization* dalam kategori kurang yaitu sebanyak 48 orang (47,1%).

5. Kemandirian ADL (*activity daily living*)

Kemandirian ADL terdiri dari *feeding, toileting, bathing, dressing, transferring, dan continence*. Hasil kemandirian ADL pasien di RSUD Mohammad Noer dan RSUD As Syifa Pamekasan pada tiap indikator dan secara keseluruhan disajikan pada tabel distribusi frekuensi berikut.

Tabel 5.6 Kemandirian ADL Pasien di RSUD Mohammad Noer dan RSUD As Syifa Pamekasan pada bulan Februari 2018

Variabel kemandirian ADL	Mandiri		Tergantung		Total	
	f	%	f	%	f	%
<i>Feeding</i>	58	56,9	44	43,1	102	100
<i>Toileting</i>	32	31,4	70	68,6	102	100
<i>Bathing</i>	30	29,4	72	70,6	102	100
<i>Dressing</i>	36	35,3	66	64,7	102	100
<i>Transferring</i>	52	51	50	49	102	100
<i>Continence</i>	58	56,9	44	43,1	102	100

Kemandirian ADL pasien rata-rata masih dalam kategori tergantung yaitu sebanyak 56,5%. Hasil kemandirian ADL yang termasuk dalam kategori tergantung yaitu *dressing* (64,7%), *toileting* (68,6%) dan *bathing* (70,6%) serta yang termasuk dalam kategori mandiri yaitu *transferring* (51%), *feeding* dan *continence* (56,9%).

5.2.3 Pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management segi model* sebagai upaya peningkatan kemandirian ADL

1. Evaluasi *outer model* (model pengukuran)

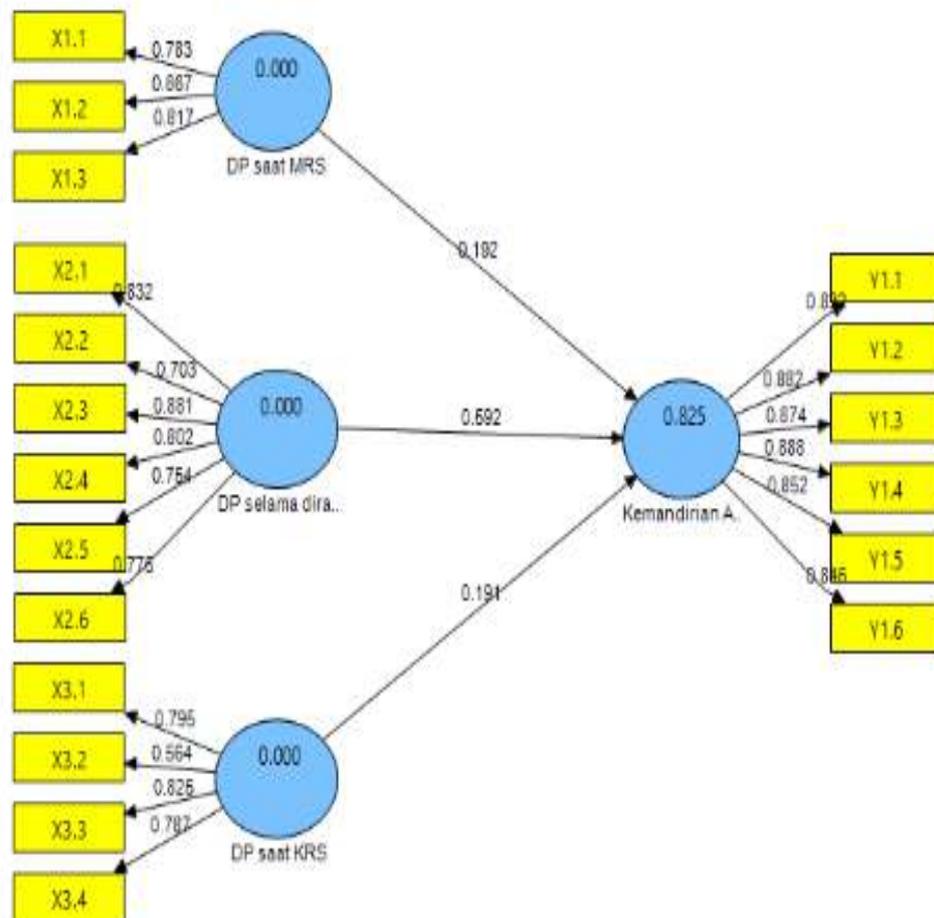
1) Uji validitas (*convergen validity*)

Nilai *convergen validity* dapat dilihat dari nilai *outer loading*. Suatu indikator dikatakan memenuhi *convergen validity* jika memiliki nilai *outer loading* > 0,5.

Tabel 5.7 Hasil validitas konvergen pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* sebagai upaya peningkatan kemandirian ADL

Variabel	Indikator	<i>Outer loadings</i>	Keterangan
<i>Discharge planning</i> saat MRS	1. Pengenalan	0.783	Valid
	2. Peraturan	0.866	Valid
	3. Penatalaksanaan	0.817	Valid
<i>Discharge planning</i> selama dirawat	1. <i>Medication</i>	0.832	Valid
	2. <i>Environment</i>	0.703	Valid
	3. <i>Treatment</i>	0.881	Valid
	4. <i>Health</i>	0.802	Valid
	5. <i>Outpatient referral</i>	0.754	Valid
	6. Diet	0.775	Valid
<i>Discharge planning</i> saat KRS	1. Kontrol	0.795	Valid
	2. Obat	0.564	Valid
	3. Aktivitas	0.825	Valid
	4. Nutrisi	0.787	Valid
Kemandirian ADL	1. <i>Feeding</i>	0.832	Valid
	2. <i>Toileting</i>	0.882	Valid
	3. <i>Bathing</i>	0.874	Valid
	4. <i>Dressing</i>	0.888	Valid
	5. <i>Transferring</i>	0.852	Valid
	6. <i>Continence</i>	0.846	Valid

Tabel 5.7 ini diketahui bahwa indikator semua valid sehingga tidak ada yang direduksi karena nilai *outer loadings* yang dihasilkan telah sesuai dengan kriteria yang diharapkan yaitu diatas 0,5. Hal ini menunjukkan bahwa indikator di dalam struktural telah memenuhi uji validitas.



Gambar 5.1 Nilai *outer loading* pada pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management seci model* sebagai upaya peningkatan kemandirian ADL

Keterangan:

- X1.1 = *Discharge planning* saat MRS: pengenalan berbasis *knowledge management SECI model*
- X1.2 = *Discharge planning* saat MRS: peraturan berbasis *knowledge management SECI model*
- X1.3 = *Discharge planning* saat MRS: penatalaksanaan berbasis *knowledge management SECI model*
- X2.1 = *Discharge planning* selama dirawat: *medication* berbasis *knowledge*

- management SECI model*
- X2.2 = *Discharge planning* selama dirawat: *environment* berbasis *knowledge management SECI model*
- X2.3 = *Discharge planning* selama dirawat: *treatment* berbasis *knowledge management SECI model*
- X2.4 = *Discharge planning* selama dirawat: *health* berbasis *knowledge management SECI model*
- X2.5 = *Discharge planning* selama dirawat: *outpatient referral* berbasis *knowledge management SECI model*
- X2.6 = *Discharge planning* selama dirawat: *diet* berbasis *knowledge management SECI model*
- X3.1 = *Discharge planning* saat KRS: kontrol berbasis *knowledge management SECI model*
- X3.2 = *Discharge planning* saat KRS: obat berbasis *knowledge management SECI model*
- X3.3 = *Discharge planning* saat KRS: aktivitas berbasis *knowledge management SECI model*
- X3.4 = *Discharge planning* saat KRS: nutrisi berbasis *knowledge management SECI model*
- Y1.1 = Kemandirian ADL: *feeding*
- Y1.2 = Kemandirian ADL: *toileting*
- Y1.3 = Kemandirian ADL: *bathing*
- Y1.4 = Kemandirian ADL: *dressing*
- Y1.5 = Kemandirian ADL: *transferring*
- Y1.6 = Kemandirian ADL: *continence*

2) Uji reliabilitas (*composite reliability*)

Composite reliability menguji nilai reliabilitas indikator pada suatu konstruk. Suatu konstruk atau variabel dikatakan memenuhi uji reliabilitas jika memiliki nilai *composite reliability* > 0,6.

Tabel 5.8 Hasil *composite reliability* pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management seci model* sebagai upaya peningkatan kemandirian ADL

Variabel	<i>Composite reliability</i>	AVE	Keterangan
<i>Discharge planning</i> saat MRS	0.863	0.677	Reliabel
<i>Discharge planning</i> selama dirawat	0.910	0.629	Reliabel
<i>Discharge planning</i> saat hari pemulangan	0.835	0.563	Reliabel
Kemandirian ADL	0.946	0.744	Reliabel

Nilai *composite reliability* dari setiap variabel penelitian menunjukkan nilai > 0,6. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa

variabel *discharge planning* saat MRS, *discharge planning* selama dirawat, *discharge planning* saat hari pemulangan dan kemandirian ADL telah memenuhi uji reliabilitas.

Nilai AVE menggambarkan besarnya varian atau keragaman variable konstruk yang dapat dikandung oleh variable laten. Semakin besar varian atau keragaman variable konstruk, maka semakin besar representasi variable latennya. Nilai AVE minimal 0,5 menunjukkan ukuran *convergent validity* yang baik. Berdasarkan table diatas dapat diketahui bahwa semua nilai AVE lebih dari 0,5, sehingga variable konstruk dapat merepresentasikan variable laten.

2. Evaluasi *inner model* (model struktural)

Evaluasi *inner model* digunakan untuk menguji hipotesis penelitian. Hipotesis penelitian dapat diterima jika nilai t-hitung > t-tabel. Nilai t-tabel pada tingkat kesalahan α 5% yaitu 1,96. Nilai *path coefficient* dan *t statistic* pada *inner model* disajikan pada tabel 5.8

Tabel 5.9 Hasil uji hipotesis pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management segi model* sebagai upaya peningkatan kemandirian ADL

Hubungan antar variabel	<i>Path coefficient</i>	Standard Deviation	T statistic	Ket
Pengaruh <i>discharge planning</i> saat klien MRS terhadap kemandirian ADL	0,192	0,070	2,754	Sig.
Pengaruh <i>discharge planning</i> selama klien dirawat terhadap kemandirian ADL	0,592	0,088	6,697	Sig.
Pengaruh <i>discharge planning</i> saat klien KRS terhadap kemandirian ADL	0,191	0,091	2,088	Sig.

- a. Hipotesis 1: Ada pengaruh *discharge planning* saat klien MRS berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL.

Hasil analisis *Partial Least Square* didapatkan nilai koefisien jalur 0,192 dan nilai t-statistik 2,754 ($t > 1,96$). Hasil ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara variabel *discharge planning* saat klien MRS berbasis *knowledge management SECI model* dengan variabel kemandirian ADL pasien. Tanda positif koefisien tersebut menunjukkan hubungan yang searah. Hubungan yang searah tersebut dapat diartikan bahwa semakin tinggi pelaksanaan *discharge planning* saat klien MRS berbasis *knowledge management SECI model*, maka akan semakin meningkat kemandirian ADL pada pasien.

- b. Hipotesis 2: Ada pengaruh *discharge planning* selama klien dirawat berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL.

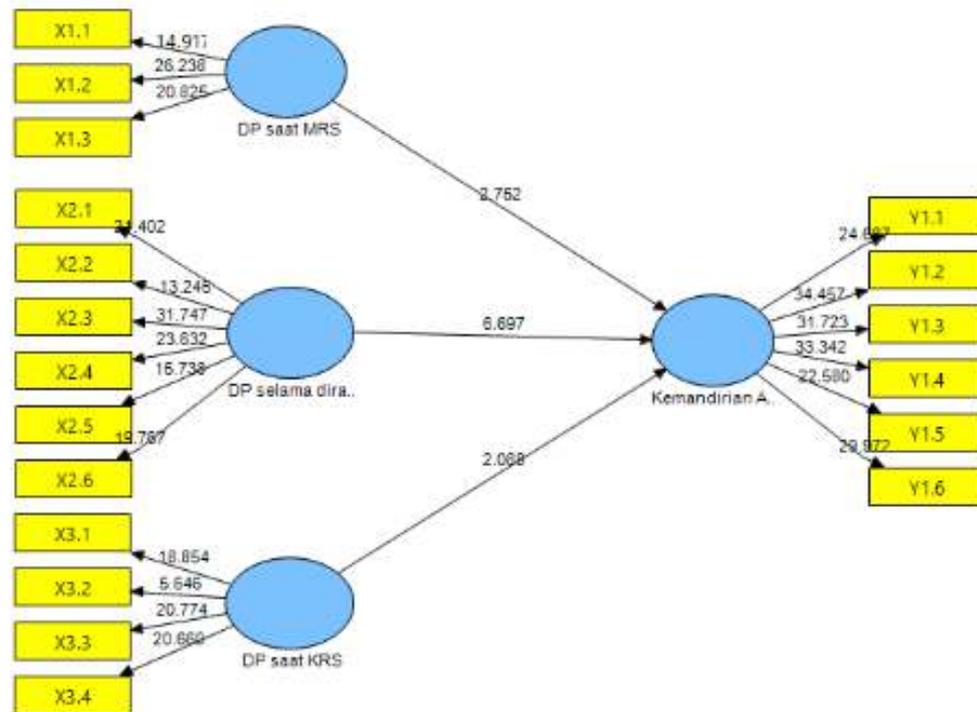
Hasil analisis *Partial Least Square* didapatkan nilai koefisien jalur 0,592 dan nilai t-statistik 6,697 ($t > 1,96$). Hasil ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara variabel *discharge planning* selama klien dirawat berbasis *knowledge management SECI model* dengan variabel kemandirian ADL pasien. Tanda positif koefisien tersebut menunjukkan hubungan yang searah. Hubungan yang searah tersebut dapat diartikan bahwa semakin tinggi pelaksanaan *discharge planning* selama klien dirawat berbasis *knowledge management SECI model*, maka akan semakin meningkat kemandirian ADL pada pasien.

- c. Hipotesis 3: Ada pengaruh *discharge planning* saat klien KRS berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL

Hasil analisis *Partial Least Square* didapatkan nilai koefisien jalur 0,191 dan nilai t-statistik 2,088 ($t > 1,96$). Hasil ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara variabel *discharge planning* saat klien KRS berbasis *knowledge management SECI model* dengan variabel kemandirian ADL pasien. Tanda positif koefisien tersebut menunjukkan hubungan yang searah. Hubungan yang searah tersebut dapat diartikan bahwa semakin tinggi pelaksanaan *discharge planning* saat klien KRS berbasis *knowledge management SECI model*, maka akan semakin meningkat kemandirian ADL pada pasien.

3. Uji *struktural model*

Penelitian ini menggunakan teknik analisa data PLS (*Partial Least Square*). Berdasarkan hasil pengolahan data terdapat evaluasi model struktural (*inner model*) untuk mengetahui ketetapan model. Sebelum evaluasi model dilakukan, dapat ditegaskan kembali bahwa instrumen penelitian sebagai alat pengumpul data adalah instrumen yang valid dan reliabel. Hasil analisis model dapat dipelajari pada gambar 5.2 sebagai berikut:



Gambar 5.2 Hasil analisis model *discharge planning* berbasis *knowledge management* *seci* model sebagai upaya peningkatan kemandirian ADL

Keterangan:

- X1.1 = *Discharge planning* saat MRS: pengenalan berbasis *knowledge management SECI* model
 X1.2 = *Discharge planning* saat MRS: peraturan berbasis *knowledge management SECI* model
 X1.3 = *Discharge planning* saat MRS: penatalaksanaan berbasis *knowledge management SECI* model
 X2.1 = *Discharge planning* selama dirawat: *medication* berbasis *knowledge management SECI* model
 X2.2 = *Discharge planning* selama dirawat: *environment* berbasis *knowledge management SECI* model
 X2.3 = *Discharge planning* selama dirawat: *treatment* berbasis *knowledge management SECI* model
 X2.4 = *Discharge planning* selama dirawat: *health* berbasis *knowledge management SECI* model
 X2.5 = *Discharge planning* selama dirawat: *outpatient referral* berbasis *knowledge management SECI* model
 X2.6 = *Discharge planning* selama dirawat: *diet* berbasis *knowledge management SECI* model
 X3.1 = *Discharge planning* saat KRS: kontrol berbasis *knowledge management SECI* model
 X3.2 = *Discharge planning* saat KRS: obat berbasis *knowledge management SECI* model
 X3.3 = *Discharge planning* saat KRS: aktivitas berbasis *knowledge management SECI* model
 X3.4 = *Discharge planning* saat KRS: nutrisi berbasis *knowledge management SECI* model

- model*
- Y1.1 = Kemandirian ADL: *feeding*
 Y1.2 = Kemandirian ADL: *toileting*
 Y1.3 = Kemandirian ADL: *bathing*
 Y1.4 = Kemandirian ADL: *dressing*
 Y1.5 = Kemandirian ADL: *transferring*
 Y1.6 = Kemandirian ADL: *continence*

Gambar 5.2 ini dapat diuraikan hasil uji hipotesis sebagai berikut:

- (1) *Discharge planning*: saat MRS (peraturan, penatalaksanaan, pengenalan) berbasis *knowledge management SECI model* mempengaruhi kemandirian ADL (*toileting, dressing, bathing, continence, feeding, transferring*) pada pasien
- (2) *Discharge planning*: selama klien dirawat (*treatment, health, medication, diet, outpatient referral, environment*) berbasis *knowledge management SECI model* mempengaruhi kemandirian ADL pada pasien
- (3) *Discharge planning*: saat KRS (aktivitas, nutrisi, kontrol, obat) berbasis *knowledge management SECI model* mempengaruhi kemandirian ADL pada pasien.

Gambar 5.2 menunjukkan variabel dominan yang mempengaruhi kemandirian ADL pasien yaitu *discharge planning* selama dirawat, *discharge planning* saat MRS dan *discharge planning* saat KRS. Pengujian model structural dilakukan dengan melihat *R square*. Model pengaruh *discharge planning* saat MRS, *discharge planning* selama dirawat dan *discharge planning* saat KRS terhadap kemandirian ADL pasien memberikan nilai *R square* sebesar 0,8251. Hal ini dapat diinterpretasikan bahwa model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* yang dapat dijelaskan oleh variabilitas *discharge*

planning saat MRS, selama dirawat dan saat KRS adalah sebesar 82,5%, sedangkan 17,5% dijelaskan oleh variabel lain yang tidak diteliti.

Validasi model struktural secara seluruhan digunakan *goodness of fit* (GoF). *Goodness of fit* indeks merupakan ukuran tunggal untuk memvalidasi performa gabungan antara model pengukuran dan model struktural. Nilai GoF dapat diukur dengan menggunakan *Q square predictive relevance*. Adapun rumus *Q square predictive relevance* antara lain:

$$Q^2 = 1 - (1 - R_1^2)(1 - R_2^2) \dots (1 - R_p^2)$$

$$Q^2 = 1 - (1 - 0)(1 - 0)(1 - 0)(1 - 0,825)$$

$$Q^2 = 1 - 0,175$$

$$Q^2 = 0,825$$

Hasil dari Q^2 dapat diketahui bahwa model ini dikatakan baik dengan hasil Q^2 yang mendekati 1. Hal ini menunjukkan bahwa variable laten eksogen baik (sesuai) dalam memprediksi variable endogen.

5.2.4 Pelaksanaan FGD (*Focus Group Discussion*)

1. Hasil Pelaksanaan FGD

FGD bertujuan untuk membahas issue strategis yang ditemukan melalui hasil survey kepada perawat dan mendapatkan rekomendasi untuk penyusunan modul dalam rangka meningkatkan kemandirian ADL. FGD pada penelitian ini dilakukan sebanyak 3 kali yaitu:

1) FGD dengan perawat pelaksana

FGD dengan perawat pelaksana dilaksanakan pada tanggal 02 April 2018 yang diikuti oleh 8 orang. FGD dilaksanakan selama 60 menit.

2) FGD dengan bagian manajerial

FGD dengan bagian manajerial dilaksanakan pada tanggal 02 April 2018 yang diikuti oleh Kabid Keperawatan, Kepala Ruangan, Komite Keperawatan serta staf bidang keperawatan. FGD dilaksanakan selama 60 menit.

3) FGD dengan pakar

FGD dengan pakar dilaksanakan pada tanggal 17, 18, dan 19 April 2018 oleh Kepala Seksi Pelayanan Medis RSU Mohammad Noer Pamekasan, Ketua PPNI Kabupaten Pamekasan dan Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Hasil pelaksanaan FGD dengan kelompok perawat pelaksana dan manajerial dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.10 Hasil FGD penelitian pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL tahun 2018

No	Isu Strategis	Kemungkinan Penyebab	Pendapat Peserta FGD	Telaah Peneliti
1	Sebagian besar perawat yang melaksanakan tahapan <i>discharge planning</i> saat klien masuk rumah sakit masih kurang	a. Perawat belum mengetahui SPO perencanaan pulang yang dimiliki ruangan b. Kurangnya motivasi perawat dalam pelaksanaan <i>discharge planning</i> yang dimulai dari pasien masuk RS	a. Tidak ada pembagian tugas dalam pelaksanaan <i>discharge planning</i> b. Perawat kurang sabar dalam memberikan penjelasan apabila ada klien baru yang datangnya bersamaan c. Peran penting dari kepala ruangan dalam mengevaluasi pelaksanaan <i>discharge planning</i>	a. Perawat perlu penyusunan SPO mengenai <i>discharge planning</i> b. Peran Karu sangat penting dalam memberikan tanggungjawab terhadap perawat yang berdinis
2	Sebagian besar perawat yang melaksanakan tahapan <i>discharge planning</i> selama	a. Perawat masih menyadari kadang melakukan kesalahan dalam tindakan	a. Kurang terlibatnya tenaga medis lain b. Perawat memberikan <i>health education</i> bersamaan dengan	a. Evaluasi atau pendampingan dari atasan dalam melakukan perencanaan pulang dan

No	Isu Strategis	Kemungkinan Penyebab	Pendapat Peserta FGD	Telaah Peneliti
	klien dirawat dalam kategori kurang	b. Perawat tidak selalu mendokumentasikan setelah memberikan <i>health education</i> c. Perawat merasa terganggu dengan banyaknya pengunjung saat melakukan tindakan	tindakan c. Tidak tersedianya <i>leaflet</i> di setiap ruang rawat inap	kelengkapan dokumentasi b. Lebih diperketat lagi mengenai penunggu klien yang sakit
3	Setengahnya dari perawat yang melaksanakan tahapan <i>discharge planning</i> saat hari pemulangan dalam kategori kurang	Perawat mengatakan banyak melakukan tindakan yang bersamaan	a. Perawat belum memperoleh pelatihan/ sosialisasi perencanaan pulang (MAKP) b. Faktor dari keluarga dan klien terburu pulang dan ditunggu transportasi c. Masih ada ruangan yang tidak mempunyai bukti dokumentasi lembar <i>discharge planning</i>	a. Dibuatkan perencanaan dalam pelaksanaan pelatihan bagi perawat pelaksana Kerjasama dan komunikasi yang efektif antar tim kesehatan dengan klien dan keluarga b. Perlu duplikasi lembar <i>discharge planning</i>

2. Rekomendasi

Hasil *Focus Group Discussion* pada tabel 5.10 ini dapat diusulkan rekomendasi sebagai berikut:

- 1) Sebagian kecil perawat yang sudah mengikuti pelatihan MAKP memberikan pelatihan internal kepada perawat pelaksana.
- 2) Perlu diterapkan Standar prosedur operasional mengenai *discharge planning* kepada perawat di tiap ruangan
- 3) Pemberian tanggung jawab kepada perawat dalam melaksanakan *discharge planning*
- 4) Perlu adanya evaluasi dari kepala ruangan dan pihak manajerial dalam pelaksanaan *discharge planning* secara terus-menerus dan rutin

- 5) Adanya *reward* bagi ruangan yang melaksanakan pendokumentasian *discharge planning* yang efektif dengan mengirimkan orang yang tepat untuk mengikuti pelatihan model asuhan keperawatan profesional
- 6) Aturan dan waktu jam kunjung tiap ruangan perlu ditetapkan dengan disiplin sehingga efektifitas pelayanan yang diberikan perawat perlu diperhatikan
- 7) Pendokumentasian pelaksanaan *discharge planning* harus relevan dengan apa yang telah dilakukan oleh masing perawat
- 8) Perlu adanya sosialisasi perencanaan pulang yang efektif
- 9) Perlu adanya komunikasi yang efektif antar tim kesehatan yang terlibat dalam *discharge planning* (perawat, dokter, ahli gizi) dengan klien dan keluarga
- 10) Keberlanjutan maupun inovasi dalam *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* perlu dipikirkan supaya dapat diterapkan secara terus-menerus dan meningkatkan kemandirian *activity daily living* klien

5.3 Hasil Penelitian Tahap II

Pelaksanaan uji coba dimulai tanggal 24 April 2018. Modul diberikan kepada perawat di ruang Irna 1, perawat di Paviliun tidak diberikan modul pada saat penelitian, tetapi diberi modul setelah penelitian selesai. Peneliti melakukan evaluasi pelaksanaan *discharge planning* sebelum dan sesudah diberikan modul terhadap perawat yang ada di ruang Irna 1 sebagai kelompok perlakuan dan mengevaluasi pelaksanaan *discharge planning* pada perawat di ruang Paviliun

sebagai kelompok kontrol. Perawat setelah diberi modul, dijelaskan isi modul dan digunakan pada hari itu juga. Perawat didampingi dalam menggunakan modul oleh peneliti selama 4 hari, kemudian hari berikutnya perawat menerapkan secara mandiri

Peneliti melakukan *pre test* kemandirian ADL pada pasien yang dirawat di ruang Paviliun dan Irna 1. Pasien yang berada di Paviliun digunakan sebagai kelompok kontrol, dan pasien yang berada di Irna 1 sebagai kelompok perlakuan. *Post test* dilakukan apabila pasien diperbolehkan untuk pulang oleh dokter dengan cara melakukan wawancara mengenai kemandirian ADL.

5.3.1 Karakteristik responden penelitian

a. Responden perawat pada kelompok kontrol dan perlakuan

Karakteristik responden perawat dalam penelitian ini diperoleh dengan menggunakan analisis deskriptif demografi responden. Hal ini merupakan langkah awal yang dilakukan dalam sebuah penelitian sebelum melakukan analisis yang lebih lanjut.

Adapun karakteristik responden perawat dalam penelitian pada kelompok kontrol dan perlakuan antara lain:

Tabel 5.11 Distribusi responden perawat pada kelompok kontrol dan perlakuan di RSUD Mohammad Noer Pamekasan (n=26)

No	Karakteristik responden perawat	Kelompok kontrol		Kelompok perlakuan		Uji homogenitas
		Σ	%	Σ	%	
1	Usia					0,195
	a. 26-35 tahun	8	72,7	9	60	
	b. 36-45 tahun	3	27,3	6	40	
	c. 46-55 tahun	0	0	0	0	
	Total	11	100	15	100	
No	Karakteristik responden perawat	Kelompok kontrol		Kelompok perlakuan		Uji homogenitas
		Σ	%	Σ	%	
2	Jenis kelamin					0,906
	a. Laki-laki	6	54,5	7	46,7	

	b. Perempuan	5	45,5	8	53,5	
	Total	11	100	15	100	
3	Pendidikan terakhir					
	a. D3 Keperawatan	10	90,9	14	93,3	0,664
	b. S1/ D4 Keperawatan	1	9,1	1	6,7	
	Total	11	100	15	100	
4	Status kepegawaian					
	a. Pegawai tetap	7	63,6	10	66,7	0,765
	b. Pegawai kontrak	4	36,4	5	33,3	
	Total	11	100	15	100	
5	Lama bekerja					
	a. 1-5 tahun	4	36,4	6	40	0,717
	b. 6-10 tahun	7	63,6	9	60	
	c. 11-15 tahun	0	0	0	0	
	d. >16 tahun	0	0	0	0	
	Total	11	100	15	100	

Karakteristik responden antara kelompok kontrol dan perlakuan diketahui bahwa karakteristik responden berdasarkan usia pada kelompok kontrol sebagian besar berusia 26-35 tahun yaitu 8 responden (72,7%) dan 9 responden pada kelompok perlakuan (60%). Sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yaitu 6 responden pada kelompok kontrol (54,5%) dan 8 responden pada kelompok perlakuan (53,4%) berjenis kelamin perempuan. Pendidikan terakhir menunjukkan bahwa hampir seluruhnya responden berpendidikan diploma keperawatan sebanyak 10 responden (90,9%) pada kelompok kontrol dan sebanyak 14 responden (93,3%) pada kelompok perlakuan. Hampir setengahnya responden berstatus sebagai pegawai tetap yaitu 7 responden pada kelompok kontrol (63,6%) dan 10 responden pada kelompok perlakuan (66,7%). Lama kerja responden menunjukkan sebagian besar 6-10 tahun pada kelompok kontrol sebanyak 7 responden (63,6%) dan 9 responden (60%) pada kelompok perlakuan. Tabel 5.11 dapat diketahui bahwa responden pada kelompok kontrol dan perlakuan adalah homogen ($P\text{ value} > 0,05$).

b. Responden pasien pada kelompok kontrol dan perlakuan

Karakteristik responden pasien dalam penelitian ini diperoleh dengan menggunakan analisis deskriptif demografi responden. Hal ini merupakan langkah awal yang dilakukan dalam sebuah penelitian sebelum melakukan analisis yang lebih lanjut.

Adapun karakteristik responden pasien dalam penelitian pada kelompok kontrol dan perlakuan antara lain:

Tabel 5.12 Distribusi responden pasien pada kelompok kontrol dan perlakuan di RSUD Mohammad Noer Pamekasan (n=25)

No	Karakteristik responden pasien	Kelompok kontrol		Kelompok perlakuan		Uji homogenitas
		Σ	%	Σ	%	
1	Usia					0,929
	d. 26-35 tahun	3	27,3	5	35,7	
	e. 36-45 tahun	1	9,1	3	21,4	
	f. 46-55 tahun	7	63,6	6	42,9	
	Total	11	100	14	100	
2	Jenis kelamin					0,949
	c. Laki-laki	4	36,4	5	35,7	
	d. Perempuan	7	63,6	9	64,3	
	Total	11	100	14	100	
3	Pekerjaan					0,442
	c. PNS	2	18,2	2	14,3	
	d. Wiraswasta	5	45,4	3	21,4	
	e. IRT	4	36,4	7	50	
	f. Tidak bekerja	0	0	2	14,3	
	Total	11	100	14	100	
4	Pendidikan					0,390
	c. Tidak sekolah	1	9	2	14,3	
	d. SD	1	9	3	21,4	
	e. SMP	3	27,4	1	7,1	
	f. SMU	4	36,4	6	42,9	
	g. Diploma/ Sarjana	2	18,2	2	14,3	
	Total	11	100	14	100	

Karakteristik responden antara kelompok kontrol dan perlakuan diketahui bahwa karakteristik responden berdasarkan usia pada kelompok kontrol sebagian besar berusia 46-55 tahun yaitu 7 responden (63,6%) dan 6 responden pada kelompok perlakuan (42,9%). Sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu 7 responden pada kelompok kontrol (63,6%) dan 9 responden pada

kelompok perlakuan (64,3%). Jenis pekerjaan menunjukkan bahwa hampir setengahnya responden bekerja wiraswasta sebanyak 5 responden (45,4%) pada kelompok kontrol dan setengahnya sebagai ibu rumah tangga sebanyak 7 responden (50%) pada kelompok perlakuan. Hampir setengahnya responden berlatar belakang pendidikan SMU yaitu 4 responden pada kelompok kontrol (36,4%) dan 6 responden pada kelompok perlakuan (42,9%). Tabel 5.13 dapat diketahui bahwa responden pada kelompok kontrol dan perlakuan adalah homogen ($P\ value > 0,05$).

5.3.2 Analisis pengaruh modul pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL

Penelitian tahap 2 dilaksanakan pada tanggal 24 April – 7 Mei 2018 berupa aplikasi modul pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model*. Berikut ini merupakan hasil yang didapatkan setelah dilakukan intervensi.

Tabel 5.13 Distribusi frekuensi pelaksanaan modul *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* pada kelompok kontrol di RSU Mohammad Noer Pamekasan tahun 2018 (n=11)

Variabel	Kelompok kontrol											
	Pre test					Post test						
	Baik		Cukup		Kurang		Baik		Cukup		Kurang	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<i>Discharge planning</i> saat MRS												
Pengenalan	2	18,2	5	45,4	4	36,4	2	18,2	5	45,4	4	36,4
Peraturan	3	27,3	5	45,4	3	27,3	3	27,3	5	45,4	3	27,3
Penatalaksanaan	2	18,2	4	36,4	5	45,4	2	18,2	4	36,4	5	45,4
<i>Discharge planning</i> selama dirawat												
<i>Medication</i>	2	18,2	4	36,4	5	45,4	2	18,2	4	36,4	5	45,4
<i>Environment</i>	2	18,2	0	0	9	81,8	2	18,2	0	0	9	81,8
<i>Treatment</i>	2	18,2	4	36,4	5	45,4	2	18,2	4	36,4	5	45,4
<i>Health</i>	3	27,3	3	27,3	5	45,4	3	27,3	3	27,3	5	45,4
<i>Outpatient referral</i>	3	27,3	3	27,3	5	45,4	3	27,3	3	27,3	5	45,4
<i>Diet</i>	3	27,3	3	27,3	5	45,4	3	27,3	3	27,3	5	45,4

Variabel	Kelompok kontrol											
	Pre test						Post test					
	Baik		Cukup		Kurang		Baik		Cukup		Kurang	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Discharge planning saat KRS												
Kontrol	4	36,4	3	27,2	4	36,4	4	36,4	3	27,2	4	36,4
Obat	4	36,4	2	18,2	5	45,4	4	36,4	2	18,2	5	45,4
Aktivitas	4	36,4	2	18,2	5	45,4	4	36,4	2	18,2	5	45,4
Nutrisi	5	45,5	2	18,2	4	36,4	5	45,5	2	18,2	4	36,4

Tabel 5.13 menyajikan distribusi frekuensi pelaksanaan modul *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi. Pada *pretest*, pelaksanaan *discharge planning* saat MRS menunjukkan hasil 5 perawat (45,4%) kurang melakukan penatalaksanaan dan tidak ada perubahan setelah *post test*. Pelaksanaan *discharge planning* selama dirawat menunjukkan hampir seluruhnya perawat kurang menjelaskan *environment* sebanyak 9 perawat (81,8%) dan hasil yang sama ditunjukkan saat *post test*. Pelaksanaan *discharge planning* saat KRS menunjukkan hampir setengahnya perawat kurang dalam memberikan pembelajaran tentang obat dan aktivitas sebanyak 5 perawat (45,5%) dan hasil yang sama ditunjukkan saat *post test*.

Tabel 5.14 Distribusi frekuensi pelaksanaan modul *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* pada kelompok perlakuan di RSUD Mohammad Noer Pamekasan tahun 2018 (n=15)

Variabel	Kelompok perlakuan											
	Pre test						Post test					
	Baik		Cukup		Kurang		Baik		Cukup		Kurang	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Discharge planning saat MRS												
Pengenalan	3	20	5	33,3	7	46,7	5	33,3	8	53,4	2	13,3
Peraturan	6	40	3	20	6	40	8	53,3	3	20	4	26,7
Penatalaksanaan	4	26,7	6	40	5	33,3	6	40	5	33,3	4	26,7
Discharge planning selama dirawat												
Medication	5	33,3	4	26,7	6	40	7	46,7	6	40	2	13,3
Environment	4	26,7	4	26,7	7	46,6	5	33,3	7	46,7	3	20

Variabel	Kelompok perlakuan											
	Pre test						Post test					
	Baik		Cukup		Kurang		Baik		Cukup		Kurang	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<i>Treatment</i>	8	53,3	1	6,7	6	40	10	66,7	2	13,3	3	20
<i>Health</i>	2	13,3	3	20	10	66,7	5	33,3	6	40	4	26,7
<i>Outpatient referral</i>	7	46,7	3	20	5	33,3	8	53,3	4	26,7	3	20
<i>Diet</i>	6	40	2	13,3	7	46,7	8	53,3	3	20	4	26,7
Discharge planning saat KRS												
Kontrol	9	60	1	6,7	5	33,3	10	66,7	4	26,7	1	6,6
Obat	5	33,3	4	26,7	6	40	7	46,7	6	40	2	13,3
Aktivitas	5	33,3	4	26,7	6	40	8	53,3	4	26,7	3	20
Nutrisi	5	33,3	4	26,7	6	40	8	53,3	4	26,7	3	20

Tabel 5.14 menyajikan distribusi frekuensi pelaksanaan modul *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah intervensi. Pada *pretest*, pelaksanaan *discharge planning* saat MRS menunjukkan hasil 7 perawat (46,7%) kurang melakukan pengenalan dan setelah *post test* sebanyak 2 perawat (13,3%) kurang melaksanakan pengenalan. Pelaksanaan *discharge planning* selama dirawat menunjukkan sebagian besar perawat kurang menjelaskan tentang *health* sebanyak 10 perawat (66,7%) dan setelah *post test* sebanyak 4 perawat (26,7%) kurang menjelaskan tentang *health*. Pelaksanaan *discharge planning* saat KRS menunjukkan hampir setengahnya perawat kurang dalam memberikan pembelajaran tentang obat, aktivitas, dan nutrisi sebanyak 6 perawat (40%) dan setelah *post test* sebanyak 2 perawat (13,3%) kurang dalam memberikan penjelasan tentang obat, dan 3 perawat (20%) kurang dalam memberikan penjelasan tentang aktivitas dan nutrisi.

Tabel 5.15 Distribusi frekuensi kemandirian ADL pada kelompok kontrol di RSUD Mohammad Noer Pamekasan tahun 2018 (n=11)

Variabel kemandirian ADL	Kelompok kontrol (n=11)							
	<i>Pre test</i>				<i>Post test</i>			
	Mandiri		Tergantung		Mandiri		Tergantung	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<i>Feeding</i>	7	63,6	4	36,4	8	72,7	3	27,3
<i>Toileting</i>	3	27,3	8	72,7	4	36,4	7	63,6
<i>Bathing</i>	1	9,1	10	90,9	2	18,2	9	81,8
<i>Dressing</i>	1	9,1	10	90,9	2	18,2	9	81,8
<i>Transferring</i>	4	36,4	7	63,6	3	27,3	8	72,7
<i>Continenence</i>	10	90,9	1	9,1	10	90,9	1	9,1

Tabel 5.15 menyajikan distribusi frekuensi kemandirian ADL pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi. Pada *pretest*, kemandirian ADL menunjukkan hampir seluruhnya pasien tergantung dalam pemenuhan ADLnya (*bathing, dressing*) sebanyak 10 pasien (90,9%). Setelah dilakukan intervensi didapatkan 9 pasien (81,8%) tergantung dalam pemenuhan ADL (*bathing, dressing*).

Tabel 5.16 Distribusi frekuensi kemandirian ADL pada kelompok perlakuan di RSUD Mohammad Noer Pamekasan tahun 2018 (n=14)

Variabel kemandirian ADL	Kelompok perlakuan (n=14)							
	<i>Pre test</i>				<i>Post test</i>			
	Mandiri		Tergantung		Mandiri		Tergantung	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<i>Feeding</i>	8	57,1	6	42,9	12	85,7	2	14,3
<i>Toileting</i>	3	21,4	11	78,6	6	42,9	8	57,1
<i>Bathing</i>	1	7,1	13	92,9	5	35,7	9	64,3
<i>Dressing</i>	1	7,1	13	92,9	6	42,9	8	57,1
<i>Transferring</i>	3	21,4	11	78,6	5	35,7	9	64,3
<i>Continenence</i>	10	71,4	4	28,6	12	85,7	2	14,3

Tabel 5.16 menyajikan distribusi frekuensi kemandirian ADL pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah intervensi. Pada *pretest*, kemandirian ADL menunjukkan hampir seluruhnya pasien tergantung dalam pemenuhan ADLnya (*bathing, dressing*) sebanyak 13 pasien (92,9%). Setelah dilakukan

intervensi didapatkan 9 pasien (64,3%) tergantung dalam pemenuhan ADL (*bathing*) dan 8 pasien (57,1%) tergantung dalam pemenuhan ADL (*dressing*).

Tabel 5.17 Hasil uji t pelaksanaan modul *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* pada perawat di RSUD Mohammad Noer Pamekasan tahun 2018 (n=26)

Variabel	Kelompok	Pre		Post		Δ	<i>P</i> value (paired <i>t</i> test)
		(Mean \pm SD)	Min- Maks	(Mean \pm SD)	Min- Maks		
DP saat MRS	Perlakuan	59.20 \pm 18.959	28-89	69.47 \pm 13.309	46-93	0.000	0.000
	Kontrol	61.18 \pm 16.810	28-86	60.91 \pm 16.404	30-84		
DP selama dirawat	Perlakuan	61.27 \pm 18.136	30-83	68.27 \pm 15.002	40-86	0.016	0.000
	Kontrol	59.09 \pm 15.391	31-81	58.82 \pm 15.132	32-80		
DP saat KRS	Perlakuan	62.73 \pm 16.507	33-81	72.20 \pm 11.346	52-86	0.006	0.000
	Kontrol	65.45 \pm 17.935	38-86	65.09 \pm 18.058	37-88		
<i>P</i> value (independent <i>t</i> test)		0.000					

Hasil uji homogenitas, didapatkan bahwa data *post test* pada kelompok kontrol dan perlakuan merupakan data yang homogen dengan *p* value *discharge planning* saat MRS = 0,569, *p* value selama dirawat = 0,874, *p* value saat KRS = 0,471 ($p > 0,05$). Hasil uji normalitas menggunakan uji *kolmogorov smirnov*, maka didapatkan data memiliki distribusi normal dengan *p* value $> 0,05$ pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Oleh karena itu, uji statistik yang digunakan untuk melakukan uji beda parametrik *pre* dan *post* yaitu *paired t test* dan uji beda kelompok kontrol dan kelompok perlakuan adalah uji beda parametrik *independent t test*.

Tabel 5.17 dapat diketahui bahwa ada beda antara pelaksanaan *discharge planning pre* dan *post* pada kelompok perlakuan dengan *p* value = 0,000. Pada kelompok kontrol, hasil uji *paired t test* menunjukkan bahwa tidak ada beda antara pelaksanaan *discharge planning* antara *pre* dan *post* dengan *p* value $> 0,05$. Hasil uji Δ kelompok kontrol dan perlakuan menggunakan *independent t test* menunjukkan *p* value = 0,000 yang berarti bahwa ada beda antara kelompok perlakuan dan kontrol.

Tabel 5.18 Distribusi frekuensi kemandirian ADL pada kelompok kontrol dan perlakuan di RSUD Mohammad Noer Pamekasan tahun 2018 (n=25)

Kemandirian ADL	Tergantung		Mandiri		Total	
	f	%	f	%	f	%
<i>Pre-test</i>						
1. Kelompok kontrol	7	63,6	4	36,4	11	100
2. Kelompok perlakuan	10	71,4	4	28,6	14	100
<i>Post-test</i>						
1. Kelompok kontrol	6	54,5	5	45,5	11	100
2. Kelompok perlakuan	4	28,6	10	71,4	14	100

Tabel 5.18 menyajikan distribusi frekuensi kemandirian ADL pasien antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sebelum dan sesudah intervensi. Pada *pretest*, kemandirian ADL pada kelompok perlakuan menunjukkan hasil 10 pasien (71,4%) yang tergantung dalam pemenuhan ADL, sedangkan pada kelompok kontrol sebanyak 7 pasien (63,6%). Setelah dilakukan intervensi selama 2 minggu, terdapat 4 pasien (28,6%) yang tergantung dalam pemenuhan ADL, sedangkan pada kelompok kontrol 6 pasien (54,5%).

Tabel 5.19 Hasil uji t pelaksanaan modul *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL di RSUD Mohammad Noer Pamekasan tahun 2018 (n=25)

Kelompok	Pre		Post		Δ	<i>P value (paired t test)</i>
	(Mean \pm SD)	Min-Maks	(Mean \pm SD)	Min-Maks		
Perlakuan	22.7143 \pm 3.14835	19-29	26.0000 \pm 1.70970	24-29	3.2857	0.000
Kontrol	23.6364 \pm 2.90767	21-29	23.6364 \pm 2.87307	20-28	0	1.000
<i>P value (independent t test)</i>		0.001				

Hasil uji homogenitas, didapatkan bahwa data pre test pada kelompok kontrol dan perlakuan merupakan data yang homogen dengan *p value* = 0,177 ($p > 0,05$). Hasil uji normalitas menggunakan uji *kolmogorov smirnov*, maka didapatkan data memiliki distribusi normal dengan *p value* = 0,645 ($p > 0,05$) pada kelompok kontrol, *p value* = 0,228 pada kelompok perlakuan, dan *p value* = 0,720 pada Δ (selisih nilai *pre* dan *post*). Oleh karena itu, uji statistik yang digunakan untuk melakukan uji beda parametrik *pre* dan *post* yaitu *paired t test*

dan uji beda kelompok kontrol dan kelompok perlakuan adalah uji beda parametrik *independent t test*.

Tabel 5.19 dapat diketahui bahwa ada beda antara kemandirian ADL *pre* dan *post* pada kelompok perlakuan dengan *p value* = 0,000. Pada kelompok kontrol, hasil uji *paired t test* menunjukkan bahwa tidak ada beda antara kemandirian ADL antara *pre* dan *post* dengan *p value* = 1.000. Hasil uji Δ kelompok kontrol dan perlakuan menggunakan *independent t test* menunjukkan *p value* = 0,001 yang berarti bahwa ada beda antara kelompok perlakuan dan kontrol.

BAB 6 PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan pembahasan hasil penelitian yang dikaitkan dengan sumber pustaka dan dinarasikan dalam bentuk opini. Pembahasan akan dibagi menjadi sub bab sesuai dengan tujuan khusus penelitian.

6.1 Pelaksanaan *discharge planning*

Pelaksanaan *discharge planning* saat MRS oleh perawat menunjukkan kategori kurang, yaitu pada tahapan saat klien masuk rumah sakit, selama klien dirawat dan saat klien diperbolehkan pulang. Pada FGD juga menunjukkan bahwa perawat hanya memberikan *discharge planning* saat klien diperbolehkan pulang dan hanya memberikan lembar kontrol kepada klien ataupun keluarga.

Langkah perencanaan pulang pada klien menurut Potter (2005) yaitu saat klien masuk rumah sakit, sebelum hari pemulangan dan saat hari pemulangan. Menurut Nursalam (2016) perencanaan pulang bagi pasien yang dirawat belum optimal dimana perawat masih terbatas pada pelaksanaan kegiatan rutinitas saja yang berupa informasi kontrol ulang. Selain itu Grahaam J, *et al* (2012) juga menyatakan tentang perawat kurang efektif dalam melaksanakan tahapan dari *discharge planning* dan perawat kurang melaksanakan perencanaan pulang sejak awal pasien masuk rumah sakit. Peran perawat dalam berhubungan dengan pasien, keluarga pasien dan rekan profesional mereka sendiri sangat penting untuk mencapai kelancaran transisi perawatan di seluruh layanan, dalam memastikan proses perencanaan pemulangan yang berhasil (Morris J, *et al*, 2012).

Pelaksanaan *discharge planning* oleh perawat masih kurang, salah satunya karena faktor pendidikan perawat yang hampir seluruhnya berpendidikan diploma. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal. Memperoleh informasi dari seminar, pelatihan dan pendidikan non formal lainnya juga akan berpengaruh pada tingkat pengetahuan seseorang. Berdasarkan hasil wawancara dengan bagian manajerial yang menyatakan bahwa perawat kurang mendapatkan sosialisasi mengenai *discharge planning* yang menyebabkan pengetahuan perawat mengenai perencanaan pulang juga rendah.

Kondisi pelaksanaan *discharge planning* yang kurang ini akan meningkatkan resiko terjadinya kekambuhan pasien, memperpanjang lama perawatan dan meningkatkan ketergantungan pemenuhan *activity daily living*, sehingga dibutuhkan suatu strategi pelaksanaan agar bisa berjalan dengan efektif.

6.2 Pengaruh *discharge planning* saat MRS berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL

Discharge planning saat klien masuk rumah sakit berbasis *knowledge management SECI model* mempengaruhi secara signifikan terhadap kemandirian ADL. Hasil FGD menunjukkan bahwa perawat kurang mengetahui standar prosedur operasional *discharge planning* yang dimiliki ruangan, sehingga tidak ada pembagian tugas dalam pelaksanaan perencanaan pulang klien.

Discharge planning saat klien masuk rumah sakit merupakan tanggung jawab perawat. Perawat harus menjelaskan mengenai penatalaksanaan, peraturan dan pengenalan. Perawat memiliki peran penting dalam perencanaan pemulangan,

karena perawat terlibat dalam perawatan pasien selama tinggal di rumah sakit dan memiliki kesempatan untuk berinteraksi serta memantau pasien. Perawat perlu melakukan perencanaan *discharge planning* segera setelah masuk dan pentingnya menyadari kebiasaan pasien sehari-hari di rumah sejak saat penerimaan pasien baru (Suzuki, S., *et al*, 2012). Banyak perawat mengidentifikasi bahwa pasien memerlukan penilaian awal dalam penerimaan saat MRS untuk memicu perencanaan pulang yang tepat dan pasien percaya proses *discharge planning* perlu dimulai lebih awal. Dukungan dari organisasi merupakan faktor penting untuk mencapai perencanaan *discharge planning* yang efektif. Perawat sangat membutuhkan dorongan dan dukungan tambahan dalam mematuhi kebijakan *discharge planning* (Graham J, *et al*, 2012).

Pada tahap perencanaan pulang dilakukan pada saat klien baru masuk rumah sakit. Harapannya perawat akan terbiasa menjelaskan aturan yang dimiliki ruangan, orientasi ruangan dan penatalaksanaan terhadap klien baru. Salah satunya dengan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model*, dimana perawat diajarkan untuk mengelola pengetahuan yang sudah didapat sampai mampu mengaplikasikannya kedalam pelayanan keperawatan. Dengan pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* maka perawat mampu menerapkan pengetahuan perencanaannya ke dalam pelayanan keperawatan sehingga mampu meningkatkan kemandirian *activity daily living*.

Tahap sosialisasi pada *discharge planning* saat klien MRS sebagian besar dikategorikan kurang. Sosialisasi adalah proses *sharing tacit knowledge* melalui komunikasi *face to face* ataupun pengalaman bersama. Namun, tidak sepenuhnya

metode ini efisien karena sulitnya bertukar pengetahuan *tacit* (Bratinau and Orzea, 2010).

Tahap kombinasi yang didapatkan dari penilaian perawat sebagian besar dikategorikan kurang. Kombinasi ini merupakan tahap menganalisis pengetahuan yang didapat oleh perawat diorganisir dan dikompilasi menjadi sebuah konsep dalam hal ini tentang pelaksanaan *discharge planning*. Perawat mengevaluasi kembali pengetahuan yang sudah didapat klien mengenai perencanaan pulang.

6.3 Pengaruh *discharge planning* selama dirawat berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL

Discharge planning selama klien dirawat berbasis *knowledge management SECI model* mempengaruhi secara signifikan terhadap kemandirian ADL. Hasil FGD menunjukkan bahwa perawat melakukan perencanaan pulang selama klien dirawat di rumah sakit bersamaan dengan tindakan keperawatan. Perawat terbiasa memberikan *discharge planning* terhadap klien saat memberikan pelayanan, tetapi tidak mendokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan.

Pelaksanaan *discharge planning* selama klien dirawat membutuhkan identifikasi kebutuhan klien, kelompok perawat berfokus pada kebutuhan rencana pengajaran yang baik yang meliputi *medication, environment, treatment, health, outpatient referral*, dan diet (Luverne and Barbara, 1988 dalam Pemila, U., 2010). Hampir setengahnya perawat memberikan *health education* mengenai *outpatient referral* yaitu waktu dan tempat kontrol serta dimana dan siapa yang dapat dihubungi untuk membantu perawatan dan pengobatan pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian Morris J, *et al.*, 2012 bahwa kebanyakan pasien ingin

mengetahui berapa lama mereka berada di RS, dan pasien ingin mendapatkan informasi mengenai pengobatan dan kapan kemungkinan dipulangkan. Oleh karena itu, perawat perlu merencanakan secara efektif setiap kebutuhan perawatan yang diperlukan pasien di rumah.

Perawat melakukan diskusi bagaimana mengubah perawatan di rumah sakit untuk membantu klien menyesuaikan diri dengan lingkungan di rumah setelah pulang sehingga klien atau keluarga dapat melanjutkan perawatan mandiri di rumah (Suzuki, S., *et al*, 2012). Dengan kebiasaan ini perawat akan menjadi sadar akan pentingnya *discharge planning* dan peran profesional perawat sehingga sikap perawat dalam perencanaan pulang berubah. Keterlibatan keluarga memainkan peran penting dalam pengambilan keputusan tentang masalah yang berhubungan dengan kesehatan. Pentingnya perawat meluangkan waktu untuk duduk dan berdiskusi dengan pasien atau keluarga serta sabar mengidentifikasi kebutuhan mereka sampai setuju dengan rencana perawatan yang telah disepakati (Sakai S, *et al*, 2014).

Pemberian *discharge planning* tidak bisa hanya mengandalkan pengetahuan yang dimiliki dari tahap akademik saja, tetapi juga terus diperbarui dengan pengalaman yang didapat selama memberikan pelayanan keperawatan. Pengetahuan tersebut bisa didapatkan dari pelaksanaan intervensi SECI sehingga membuat perawat bisa tahu, paham dan bisa mengaplikasikan. Setiap pemulangan pasien akan memberikan pengalaman berbeda meskipun dengan tindakan yang sama. Sehingga, dengan basis *knowledge management*, perawat mampu mengelola segala kendala seperti kurang terlibatnya tenaga medis lain, tidak

lengkapya dokumentasi dan terbatasnya waktu, sehingga dapat meningkatkan kinerjanya melalui peningkatan kemandirian *activity daily living* pasien.

6.4 Pengaruh *discharge planning* saat KRS berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL

Discharge planning saat KRS berbasis *knowledge management SECI model* mempengaruhi secara signifikan terhadap kemandirian ADL. Hasil FGD menunjukkan hambatan dalam pelaksanaan *discharge planning* karena faktor dari keluarga dan klien yang terburu-buru untuk pulang. Hal ini disebabkan transportasi yang menjemput klien sudah datang lebih awal.

Menurut Grahaam J, *et al* (2012) hambatan paling umum untuk perencanaan pulang yang sudah dididentifikasi adalah keterbatasan waktu dan faktor dari pasien itu sendiri. Tantangan *discharge planning* ini termasuk waktu yang tidak mencukupi untuk merencanakan, mempertahankan kesinambungan perawatan ketika ada peningkatan kompleksitas pasien (Morris J, *et al*, 2012). *Discharge planning* dianggap sebagai aktivitas yang menghabiskan terlalu banyak waktu untuk perawat. Komunikasi yang buruk antara tim kesehatan dan keluarga/pasien merupakan komponen kunci, banyak pasien yang menceritakan pengalaman tidak didengarkan, tidak mampu memahami yang sedang terjadi, tidak menyadari bagaimana keputusan dibuat dan tidak tahu apa yang akan terjadi setelah keluar dari rumah sakit (Hofflander, *et al*, 2013).

Perawat terbiasa memberikan lembar kontrol pasien pulang dan sebagian besar perawat kurang menjelaskan mengenai aktivitas yang diperbolehkan dan aktivitas yang dilarang serta kebutuhan nutrisi pasien setelah berada di rumah.

Tahap sosialisasi yang dilakukan oleh perawat hampir setengahnya baik. Perawat berbagi pengetahuan mengenai kapan waktu kontrol kepada kliennya dan menjelaskan cara meminum obat saat klien berada di rumah. Ketika pengalaman melalui tahap sosialisasi, eksternalisasi dan kombinasi diinternalisasikan ke dalam *knowledge tacit* individu dan lambat laun membentuk pengetahuan baru didalam individu. Proses ini terjadi ketika *explicit knowledge* berubah menjadi *tacit* dan menjadi bagian dari informasi dasar tiap individu. Siklus ini selanjutnya akan berlanjut membentuk “*spiral knowledge*” dengan kembali pada tahap sosialisasi ketika individu menyebarkan *tacit knowledge*. Demikianlah sehingga besaran *knowledge* tumbuh dan konsep yang ada terus berkembang (Gagnom *et al*, 2015).

6.5 Pengaruh pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL

Hasil uji *Paired sample t test* menunjukkan bahwa ada beda kemandirian ADL pasien sebelum dan sesudah dilakukan intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol, tidak ada beda kemandirian ADL pasien pada hasil *pre-test* dan *post-test*. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hou (2001) dalam Perry *and* Potter (2006) yang menyatakan bahwa kesuksesan tindakan *discharge planning* menjamin pasien mampu melakukan tindakan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit. Tinok Ayu, dkk (2012) juga menyebutkan bahwa keterampilan dalam kemandirian perawatan pasien *post sectio caesaria* mengalami peningkatan setelah dilakukan *discharge planning*.

Mallet (2004) menyatakan bahwa *discharge planning* merupakan proses mengidentifikasi kebutuhan pasien dan perencanaannya dituliskan untuk memfasilitasi keberlanjutan suatu pelayanan kesehatan dari satu lingkungan ke lingkungan lain. *Discharge planning* sebaiknya dilakukan sejak pasien diterima di suatu agen pelayanan kesehatan, terkhusus di rumah sakit dimana rentang waktu pasien untuk menginap semakin diperpendek. *Discharge planning* yang efektif seharusnya mencakup pengkajian berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kebutuhan pasien yang berubah-ubah, pernyataan diagnosa keperawatan, perencanaan untuk memastikan kebutuhan pasien sesuai dengan apa yang dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan (Kozier, 2005). Hal yang harus diketahui pasien sebelum pulang meliputi instruksi tentang penyakit yang diderita, pengobatan yang harus dijalankan, serta masalah atau komplikasi yang terjadi, informasi tertulis tentang perawatan yang harus dilakukan di rumah, pengaturan diet khusus dan bertahap yang harus dijalankan, jelaskan masalah yang mungkin timbul dan cara mengatasinya, pendidikan kesehatan yang ditujukan kepada keluarga maupun pasien sendiri dapat digunakan metode ceramah, demonstrasi, dan lain-lain, kemudian informasi tentang nomor telepon layanan perawatan, dokter, dan pelayanan keperawatan, serta kunjungan rumah apabila pasien memerlukan (Nursalam, 2007).

Penelitian ini terjadi peningkatan kemandirian ADL pada kelompok perlakuan setelah diberikan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model*. *Discharge planning* ini dilakukan sejak pasien masuk rumah sakit hingga saat pasien akan keluar rumah sakit. Selain itu *discharge planning* disesuaikan dengan kebutuhan pasien, yaitu pendidikan kesehatan (*educating*) dan

dukungan (*supporting*) untuk meningkatkan kemandirian ADL meliputi pentingnya untuk minum dan makan makanan yang bernutrisi (*feeding*), pasien disarankan melakukan aktifitas dan latihan fisik, menjaga kebersihan dengan mengganti pakaian dan mandi.

Adanya perbedaan hasil kemandirian ADL pada kelompok kontrol dan perlakuan dapat disebabkan oleh pelaksanaan perencanaan pulang pada masing-masing kelompok. Pellet (2016) menjelaskan bahwa perencanaan pulang harus dilaksanakan secara terstruktur mulai dari pengkajian saat MRS sampai pasien diperbolehkan pulang. Hasil pengkajian pelaksanaan *discharge planning* berdasarkan beberapa tahapan diatas, dapat diketahui bahwa peningkatan kemandirian ADL pada kelompok perlakuan lebih banyak dibandingkan kelompok kontrol. Perawat yang dapat mencapai tahapan pelaksanaan *discharge planning* dapat dikatakan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang baik.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi di kelompok perlakuan dan kontrol, dapat diketahui bahwa sebagian besar tahapan *discharge planning* tersebut sudah dicapai oleh perawat. Tahapan yang belum tercapai yaitu penatalaksanaan pada tahapan pasien MRS, penjelasan mengenai *environment*, aktivitas dan nutrisi pada tahapan pasien diperbolehkan pulang. Komunikasi antar petugas kesehatan dan pasien/ keluarga sangat diperlukan dalam memberikan *discharge planning*. Komunikasi yang baik akan menciptakan hubungan yang kuat dan produktif antar individu (Morris J, *et al*, 2012). Kesalahan komunikasi antar tim dan pasien/ keluarga mengenai *discharge planning*, dapat menyebabkan frustrasi, stres dan kecemasan kepada pasien/ keluarga serta dapat memperpanjang *length of stay* (LOS) yang tidak perlu (New P.W, *et al*, 2016).

Pada penelitian ini, modul yang diaplikasikan yaitu modul pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* pada kelompok intervensi. Intervensi ini hanya dapat meningkatkan kemandirian ADL pada kelompok intervensi saja, sedangkan kelompok kontrol tetap sama. Disamping itu, tidak adanya perbedaan post test antara kelompok kontrol dan perlakuan ini juga dapat terjadi karena faktor-faktor lain yang lebih dominan mempengaruhi kemandirian ADL, seperti faktor individu pasien/ keluarga, jenis penyakit, pekerjaan, dan pendidikan .

6.6 Hasil Temuan Penelitian

Hasil temuan pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL adalah sebagai berikut:

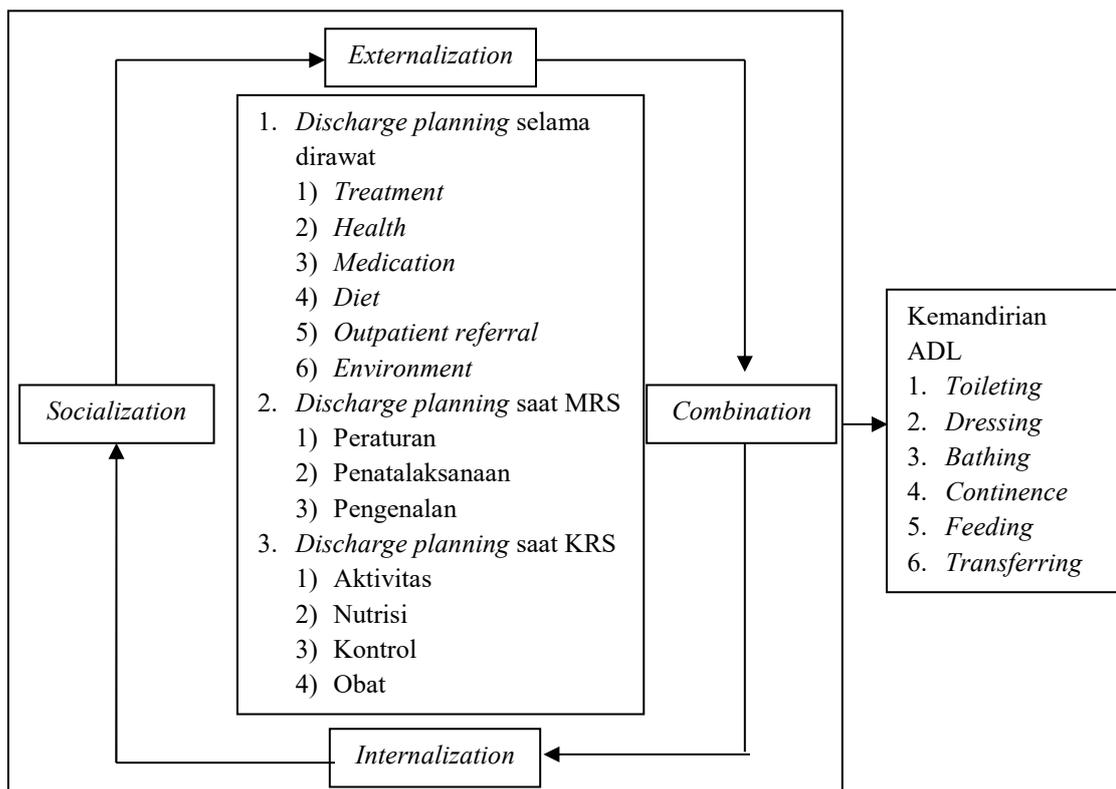
Tabel 6.1 Hasil temuan penelitian

No	Struktur	Standar	Hal yang dikembangkan
1	<i>Discharge planning</i> saat MRS	Perkenalan Peraturan Penatalaksanaan	<i>Socialization</i> Perawat memberikan penjelasan atau <i>sharing</i> informasi terhadap pasien <i>Externalization</i> Perawat melakukan atau mengaplikasikan apa yang sudah dijelaskan <i>Combination</i> Perawat dan pasien saling bertukar informasi dalam tindakan <i>Internalization</i> Perawat menjadi terbiasa dalam memberikan pembelajaran
2	<i>Discharge planning</i> selama dirawat	<i>Medication</i> <i>Environment</i> <i>Treatment</i> <i>Health</i> <i>Outpatient referral</i> Diet	<i>Socialization</i> Perawat memberikan penjelasan atau <i>sharing</i> informasi terhadap pasien <i>Externalization</i> Perawat melakukan atau mengaplikasikan apa yang sudah dijelaskan <i>Combination</i> Perawat dan pasien saling bertukar informasi dalam tindakan

No	Struktur	Standar	Hal yang dikembangkan
			Internalization Perawat menjadi terbiasa dalam memberikan pembelajaran
3	<i>Discharge planning</i> saat KRS	Kontrol Obat Aktivitas Nutrisi	Socialization Perawat memberikan penjelasan atau <i>sharing</i> informasi terhadap pasien Externalization Perawat melakukan atau mengaplikasikan apa yang sudah dijelaskan Combination Perawat dan pasien saling bertukar informasi dalam tindakan Internalization Perawat menjadi terbiasa dalam memberikan pembelajaran

Hasil pemodelan akhir pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* untuk meningkatkan kemandirian ADL

Uji statistik didapatkan bahwa dukungan yang paling besar pada masing variabel terhadap model berdasarkan tiga komponen untuk meningkatkan kemandirian ADL yaitu *discharge planning* selama dirawat, *discharge planning* saat MRS dan *discharge planning* saat KRS. Hasil pemodelan akhir dalam penelitian ini bisa dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 6.1 Hasil pemodelan akhir pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* sebagai upaya untuk meningkatkan kemandirian ADL

Dari interpretasi pemodelan didapatkan model *discharge planning* disusun oleh tiga komponen yang signifikan mempengaruhi kemandirian ADL pasien, dari nilai signifikansi tertinggi yaitu *discharge planning* selama dirawat, *discharge planning* saat MRS dan *discharge planning* saat KRS. Kemandirian ADL terdiri dari *toileting, dressing, bathing, continence, feeding, dan transferring*.

6.7 Keterbatasan Penelitian

Waktu penerapan modul pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management* terlalu pendek, hanya 2 minggu, sehingga belum diadopsi secara maksimal oleh perawat pelaksana. Prinsip penelitian *research and development* memerlukan waktu yang relatif panjang karena prosedur yang harus ditempuh relatif kompleks (Gall and Borg, 2003) dalam (Plomp and Nieven, 2007).

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Mohammad Noer Pamekasan selama bulan Februari sampai Mei 2018, maka dapat disimpulkan:

1. Pelaksanaan *discharge planning* masih kurang terutama pada tahap perencanaan pulang saat masuk rumah sakit dan perencanaan pulang selama pasien dirawat di rumah sakit.
2. Pelaksanaan *discharge planning* selama pasien dirawat berdampak terhadap tingginya kemandirian *activity daily living* pasien (*toileting, dressing, bathing, continence, feeding, transferring*).
3. Tahapan dari *discharge planning* saat pasien masuk rumah sakit berbasis *knowledge management SECI model* yang efektif meliputi peraturan, penatalaksanaan dan pengenalan, akan meningkatkan kemandirian *activity daily living* pasien.
4. Tahapan dari *discharge planning* selama pasien dirawat berbasis *knowledge management SECI model* yang efektif meliputi *treatment, health, medication, diet, outpatient referral, dan environment*, akan meningkatkan kemandirian *activity daily living* pasien.
5. Tahapan dari *discharge planning* saat pasien keluar dari rumah sakit berbasis *knowledge management SECI model* yang efektif meliputi

aktivitas, nutrisi, kontrol, dan obat, akan meningkatkan kemandirian *activity daily living* pasien.

7.2 Saran

1. Rumah Sakit

Model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI* dapat digunakan oleh perawat di rumah sakit sebagai upaya untuk meningkatkan kemandirian ADL pada pasien agar dapat mencegah terjadinya kekambuhan, yaitu dengan menerapkan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI* sesuai dengan tahapannya.

2. Perawat

Peran perawat dalam upaya pelaksanaan perencanaan pemulangan dapat dilakukan dengan meningkatkan pengetahuan antar perawat.

3. Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya perlu dilakukan untuk menganalisis penerapan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* terhadap kemandirian ADL, dengan mengembangkan tidak hanya oleh perawat, tetapi juga mahasiswa dan tenaga kesehatan lain, selain itu juga mempertimbangkan waktu penerapan yang kaitannya dengan perubahan perilaku perawat

DAFTAR PUSTAKA

- Bratinau, C and Orzea, I, (2010). Organizational Knowledge Creation. *Management Marketing Challengers for Knowledge Society*, vol.5, hal 41-62.
- Carrol A and Dowling, 2007, *Discharge planning: communication, education and patient participation*, British Journal of Nursing, vol. 16.
- Christensen, B.L and Kockrow, E.O, 2011, *Foundations of nursing*, Elsevier, United States of America.
- Debowoski, S, 2006, Knowledge management, John Wiley & Sons Australia, Australia.
- Dharma, K, 2011, Metode penelitian keperawatan: panduan pelaksanaan dan penerapan hasil penelitian, trans infomedia, Jakarta.
- Gagnon M, Payne Gagnon J, Fortin J, Pare G, Cote J, Coursy F, 2015, A learning organization in the service of knowledge management among nurses: A case study, *International Journal of Information Management*, hal. 1-7.
- Gasik Stanislaw, 2011, A model of project knowledge management, *Project Management Journal*, hal. 23-44.
- Ghosh B and Scott J, 2007, Effective knowledge management systems for a clinical nursing setting, *Information Systems Management*, vol. 24, hal. 73-84.
- Grahaam, Jane., Gallagher, Robyn and Bothe, Janine, 2013, Nurses' discharge planning and risk assessment: behaviours, understanding and barriers, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 22, hal. 2338-2346.
- Hardywinoto, Setiabudhi, 2007, *Panduan Gerotologi*, Pustaka Utama, Jakarta.
- Hariyati, Tutik Sri., Afifah, Efi., Handiyani, Hanny, 2008, Evaluasi model perencanaan pulang yang berbasis teknologi informasi, *Makara, Kesehatan*, vol.12, no. 2, hal. 53-58.
- Hofflander, Malin., Nilsson, Lina., Eriksen, Sara., Borg, Christel, 2013, Discharge planning: Narrated by nursing staff in primary helathcare and their concerns about using video conferencing in the planning session – A interview study, *Journal of Nursing Education and Practice*, vol. 3, no. 1, hal 88-98.
- Holland, Diane E., Bowles, Kathryn H, 2012, Standardized discharge planning assessments, *Journal of nursing care quality*, vol.27, no.3, hal. 200-208.

- Khammarnia M, Shahsavani F, Shahrakipour M, Barfar E, 2015, Relationship between knowledge management and quality of working life in nursing staff of zahedan teaching hospital, 2014, *Health Scope*, vol. 4, no. 1, hal. 1-5.
- Kothari A, Hovanec N, Hastie R, and Sibbald S, 2011, Lessons from the business sector for successful knowledge management in health care: a systematic review, *BMC Health Services Research*, vol. 11, no. 173, hal. 1-11.
- Kosasih, 2007, Pengaruh knowledge management terhadap kinerja karyawan studi kasus departemen front office Surabaya plaza hotel, *manajemen perhotelan*, vol. 3, no. 2, hal. 80-88.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. & Synder, S.J, 2010, *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*, EGC, Jakarta.
- Lee, E.J, 2014, Relationship between core factor of knowledge management in hospital nursing organization and outcomes of nursing performance, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 23, no. 23-24, hal. 3513-3524.
- Lueckenotte, A.G, 2000, *Gerontologic Nursing 2nd ed*, Missouri, Mosby.
- New P.W, McDougall, Scroggie, 2016. Improving discharge planning communication between hospitals and patient, *Internal Medicine Journal*, hal. 57-62.
- Nursalam, 2016, *Manajemen keperawatan: aplikasi dalam praktik keperawatan profesional*, Edisi 5, Salemba Medika, Jakarta.
- Nursalam, 2011, *Modul manajemen bangsal: Metode asuhan keperawatan profesional (MAKP)/ MPKP langkah pengelolaan manajemen bangsal*, Tidak diterbitkan, Surabaya.
- Nursalam, 2016, *Metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pendekatan praktis*, Edisi 4, Salemba Medika, Jakarta.
- Nursalam dan Efendi, Ferry, 2009, *Pendidikan dalam keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Nordmark, Sofi., Siv Söderberg., and Skär, Lisa, 2015, Information exchange between registered nurses and district nurses during the discharge planning process, *Informatics for health and social care*, 40 (1), Hal. 23-44.
- Notoatmodjo, S, 2010, *Metodologi penelitian kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, S, 2010, *Ilmu perilaku kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Mabire, et al, 2015, Nursing discharge planning for older medical inpatients in Switzerland: A cross-sectional study, *Geriatric Nursing*, 36, 451-457.

- Mallet, J.,(ed), 2004. *Royal Marsden Hospital: Manual of Clinical nursing procedures*, USA: Blackwell Publishers.
- Martono H dan Kris P, 2009, *Buku ajar geriatri (ilmu kesehatan usia lanjut)*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Mertins, K., Heisig, P., and Vorbeck, J, 2003, *Knowledge management concept and best practice*, Springer Verlag Berlin Heidelberg, New York.
- Moh. As'ad, 1990, *Manajemen Personalia*. Cetakan ke-6 Erlangga, Jakarta.
- Morris, Jenny., Winfield, Louise., Young, Km, 2012, Registered nurses' perceptions of the discharge planning process for adult patients in an acute hospital, *Journal of Nursing Education and Practice*, vol. 2, no. 1, hal 28-38.
- Pemila, U, 2011, *Konsep discharge planning* [Internet] Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, diakses 25 Juni 2017, (<http://www.fik.ui.ac.id/pkko/files/konsepdischargeplanning.doc>).
- Perry AG and Potter PA, 2006, *Clinical nursing skill & technique*, 6th edition, Missouri, Mosby Inc.
- Pellett, Candice, 2016. Discharge planning: best practice in transitions of care, *British Journal of Community Nursing*, vol. 21, no. 11, hal. 542-548.
- Plomp, T, and Neiven.N (ed), 2007. *An Introduction to Educational Design Research*. Enschede: SLO.
- Potter, Patricia, 2005, *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*, EGC, Jakarta.
- Putri D, 2014, *Pengembangan model pencegahan medication errors berbasis knowledge management terhadap kompetensi medikamentosa mahasiswa program pendidikan profesi ners*, Tesis, Universitas Airlangga Surabaya.
- Ravandi S, Djanavi E, Abbasi S, Gilasi H, 2014, Analysis and evaluation of the world's top hospital portals from the perspective of internet-based knowledge management model retrieved form K-ACT model, *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, vol. 147, hal. 47-55.
- Robbins S, Judge Timothy, 2008, *Perilaku Organisasi Buku 1*, Salemba Empat, Jakarta.
- Sakai, Shima, 2015, Developing an instrument to self-evaluate the discharge planning of ward nurses, *Nursing Open*, hal 30-40.

- Santoso R. Arief, 2013, Upaya peningkatan kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis knowledge management melalui konsep SECI model di RSI Garam Kalianget, Tesis, Universitas Airlangga Surabaya.
- Setiarso, B., Harjanto, N., Triyono, dan Subagyo, H, 2009, Penerapan knowledge management pada organisasi, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Shi, SongGen, and Jia, 2010, The application of sozIALIZATION externalization combination internalization model in library knowledge management, *International Conference on Mechanical Engineering and Automation Advances in Biomedical Engineering*, vol. 10, hal. 359-363.
- Siregar, Syofian, 2012, Statistik Parametrik Untuk Penelitian Kuantitatif, Bumi Aksara, Jakarta.
- Suzuki S, Nagata S, Zerwekh J, Yamaguchi T, Tomura H, Takemura Y and Murashima S, 2012, Effects of a multi-method discharge planning educational program for medical staff nurses, *Japan Journal of Nursing Science*, vol. 9, hal.201-215.
- Tage, 2016, Discharge planning berkelanjutan dalam menurunkan readmission pasien, diakses tanggal 16 Oktober 2017, (<https://indonesiana.tempo.co>).
- Ubbink Dirk T, Tump Evelien, Koenders J, Kleiterp S, Goslings J.Carel, and Brolmann Fleur E, 2014, Which reasons do doctors, nurses, and patients have for hospital discharge? a mixed-methods study, *PLOS ONE*, vol. 9, no. 3, hal. 1-13.
- Waluyo, Gaguk Eko, 2010, Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kepuasan pasien di ruang rawat inap RSUD Kota Madiun, tesis, Universitas Sebelas Maret, Surakarta.

Lampiran 1 Ijin Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> | e-mail : dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : 416 /UN3.1.13/PPd/S2/2017 18 September 2017
Lampiran : 1 (Satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.
Direktur RSU Moh. Noer
Pamekasan

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Wahyu Darnanik, S.Kep., Ns.
NIM : 131614153061
Judul Proposal : Pengembangan Model *Discharge Planning* Terhadap Perilaku Pasien
Tempat : RSU Moh. Noer Pamekasan

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n Dekan,
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIDP 196808291989031002

Lampiran 2 Ijin dari Bakesbangpol



PENERIMAHT KABUPATEN PAMEKASAN
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 K.H. Agus Salim No 70 TELP. (0334) 322338 FAK. 322336 EMAIL. bakesbangpolpamekasan@yahoo.co.id
 PAMEKASAN

SURAT REKOMENDASI

Izin Penelitian

Nomor : 072/15/432.001/2018

Membaca : Surat dari Wakil Dekan 1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya tanggal 03 Januari 2018 Nomor : 098/UND.1.13/PPH/02/2018.

Mengingat : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor : 7 Tahun 2014

Dengan ini kami memberikan izin kepada :

Nama : **WAHYU DARNANIK, S. Kep., Ns**
 Nim / NPM : 131614153081
 Prodi / Jurusan : Magister Keperawatan
 Judul : Pengembangan Model Discharge Planning berbasis Knowledge Management SECI Model's sebagai upaya peningkatan Konsolidasi ADL di RSUD Kabupaten Pamekasan.
 Lokasi : RSUD Mohamad Noer, RSUD Aisyah Husada Kabupaten Pamekasan.
 Lama : 2 (dua) Bulan

Dengan ketentuan – ketentuan sebagai berikut :

1. Surat Keterangan ini akan dicabut dan dianggap tidak berlaku apabila pemegang keterangan ini tidak memenuhi ketentuan – ketentuan sebagai mana tersebut di atas;
2. Meniadakan segala keamanan, kasutan dan kerusakan serta menghindari pernyataan – pernyataan baik dengan lisan, tulisan, yang dapat melukai **MENGHINA AGAMA DAN NEGARA**, dari golongan pembuat;
3. Meniadakan ketentuan – ketentuan yang berlaku di dalam daerah / desa setempat;
4. Rekomendasi ini berlaku 2 (dua) Bulan terhitung sejak dikeluarkan;
5. Dalam jangka waktu 1 (satu) minggu setelah selesai melakukan kegiatan diwajibkan memberikan Laporan sementara tentang pelaksanaan dari hal di – atasnya kepada **BLIKATI** Pamekasan melalui Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kabupaten Pamekasan.

Pamekasan, 10 Januari 2018
 RA. REDAER BANGSA DAN POLITIK
 KABUPATEN PAMEKASAN
 SEKRETARIS

ACH. HERMANTO S. WAHYUK, S. Sos.
 NIP. 19601221 196011 1 001

TEMBUKAN :

1. Dit. Kabupaten Pamekasan;
2. Dit. Badan Kesatuan Bangsa dan Politik;
3. Dit. Wakil Dekan 1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya;
4. Dit. Yang bersangkutan.

Lampiran 3 Ijin dari RSU As Syifa Pamekasan

**RUMAH SAKIT UMUM ASYIFA HUSADA**

Jl. Mandilaras No. 88-90 PAMEKASAN
 Tlp. Front Office (0324)334100, Kantor (0324) 336433
rsasyifahusadapamekasan@gmail.com

Pamekasan, 18 Januari 2018

Nomor : 145/A/I/2018	Kepada Yth.
Sifat : Penting	Dekan Fakultas Keperawatan
Perihal : Jawaban permohonan bantuan fasilitas penelitian	Universitas Airlangga Surabaya di
	<u>Surabaya</u>

Menindaklanjuti surat saudara Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga nomor: 868/UN3.1.13/PPd/S2/2018 tanggal 8 Januari 2018 perihal permohonan bantuan fasilitas penelitian mahasiswa program studi magister keperawatan - Fkp Unair, dan surat Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Pamekasan tanggal 10 Januari 2018 nomor: 072/16/432.601/2018 tentang surat rekomendasi izin penelitian maka bersama kami kami sampaikan bahwa kami memberikan **persetujuan** untuk penelitian tersebut dengan judul penelitian "Pengembangan Model *discharge Planning* Berbasis *knowledge management SECI Model's* sebagai Upaya Kemandirian *Activity Daily Living* di RSU Pamekasan" atas nama mahasiswa : WAHYU DARNANIK, S.Kep.,Ns (NIM 13161413061)

Demikian pemberitahuan dari kami atas perhatian dan kerjasamanya di sampaikan terima kasih.

Direktur RSU. Asyifa Husada
 Pamekasan



dr. Rusbandi Sarpini, Sp. KO

Lampiran 4 Ijin dari RSUD Mohammad Noer Pamekasan



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN
UPT RUMAH SAKIT UMUM MOHAMMAD NOER PAMEKASAN
Jl. Honorigo No. 17 Telp. (0324) 322594 – Fax. (0324) 323085 Pamekasan
Email : hp2.pamekasan@gmail.com
Terakreditasi Nasional Tingkat Perdana (KARS 2016 – 2019)

Pamekasan, 03 Oktober 2017

Nomor : 027 / 2577 / 102.6 / 2017
Sifat : Penting
Perihal : Pemberian ijin pengambilan data awal penelitian

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
di
Surabaya

Menindaklanjuti surat saudara Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga nomor: 416/UN3.1.13/PPd/S2/2018 tanggal 15 September 2017 perihal permohonan bantuan fasilitas pengambilan data awal penelitian mahasiswa program studi magister keperawatan - Fkp Unair, kami memberikan **persetujuan** ijin pengambilan data awal penelitian dengan judul penelitian "Pengembangan Model *discharge Planning* Berbasis *Knowledge Management SECI Model's* sebagai Upaya Kemandirian *Activity Daily Living*" atas nama mahasiswa : WAHYU DARNANIK, S.Kep.Ns (NIM 13161413061)

Demikian pemberitahuan dari kami atas perhatian dan kerjasamanya di sampaikan terima kasih.

Direktur
RSU Mohammad Noer Pamekasan



Lampiran 5 Permohonan Fasilitas Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60135 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fks. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://www.ars.unair.ac.id> | e-mail: dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : B-0 /UN3.1.13/PP&S2/2018 8 Januari 2018
Lampiran : 1 (Satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.
Direktur RSUD Mohammad Noer
Pamekasan

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengunjurkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Wahyu Darnanik, S.Kep., Ns.
NIM : 131614153061
Judul Proposal : Pengembangan Model *Discharge Planning* Berbasis *Knowledge Management SICC Model's* Sebagai Upaya Peningkatan Kemandirian ADL di RSUD Pamekasan
Tempat Penelitian : RSUD Mohammad Noer dan RSUD Aryifa Husada Pamekasan

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

.....
n.n Dekan,
Wakil Dekan I



.....
Wahyu Darnanik, S.Kep., M.Kes. Gg.
NIP. 196808291989031002

Lampiran 6 Ijin dari RSUD Mohammad Noer Pamekasan



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN
UPT RUMAH SAKIT UMUM MOHAMMAD NOER PAMEKASAN
Jl. Baworogo No. 17 Telp. (0324) 322194 – Fax. (0324) 323003 Pamekasan
Email : rsu.pamekasan@pemprov.ja.go.id
Terakreditasi Nasional Tingkat Perawatan (KARS 2018 - 2019)

SURAT KETERANGAN PENELITIAN
Nomor : 066 / 485 / 102.6 / 2018

Yang beranda tangan dibawah ini :

Nama : dr. SETYA BUDRONO, M.Kes
NIP : 19710514 20012 1 002
Pangkat / Gol. Ruang : Pembina / IV-A
Jabatan : Direktur RSUD Mohammad Noer Pamekasan

Dengan ini menerangkan dengan sebenarnya :

Nama : WAHYU DARNANIK, S.Kep.Ns
NIP : 131614153061

Bahwa Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga tersebut diatas sudah melakukan penelitian di Rumah Sakit Umum Mohammad Noer Pamekasan mulai tanggal 14 Februari 2018 sampai dengan tanggal 07 Mei 2018 dengan judul Penelitian "Pengembangan Model *Discharge Planning* Berbasis *Knowledge Management NCI Model's* sebagai Upaya Kemandirian *Activity Daily Living* di RSUD Pamekasan".

Demikian surat keterangan penelitian ini kami buat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Pamekasan, 07 Mei 2018

Direktur
RSU Mohammad Noer Pamekasan



dr. SETYA BUDRONO, M.Kes
NIP. 19710514 200012 1 002

Lampiran 7 Ijin dari RSU As Syifa Pamekasan



RUMAH SAKIT UMUM ASYIFA HUSADA
 Jl. Mandilaras No. 88-90 PAMEKASAN
 Tlp. Front Office (0324)334100, Kantor (0324)336433
rsasyifahusadapamekasan@gmail.com

SURAT KETERANGAN
 Nomor: 154/Sket/V/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Rusbadi Sarpini, Sp. KO
 Jabatan : Direktur RSU. Asyifa Husada Pamekasan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : WAHYU DARNANIK, S.Kep.,Ns
 NIP : 131614153061

Bahwa Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga tersebut diatas sudah melakukan penelitian di RSU. Asyifa Husada Pamekasan mulai tanggal 14 Februari 2018 sampai dengan tanggal 07 Mei 2018 dengan judul Penelitian "Pengembangan Model *discharge Planning* Berbasis *Knowledge Management SICT Abadi's* sebagai Upaya Kemandirian *Activity Daily Living* di RSU Pamekasan".

Demikian surat keterangan penelitian ini kami buat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pamekasan, 08 Mei 2018
 Direktur RSU. Asyifa Husada
 Pamekasan



dr. Rusbadi Sarpini, Sp. KO

Lampiran 8 Informed Consent

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN
PENGEMBANGAN MODEL *DISCHARGE PLANNING* BERBASIS
***KNOWLEDGE MANAGEMENT SECI MODEL* SEBAGAI UPAYA**
PENINGKATAN KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING*

Oleh: Wahyu Darnanik/ 131614153061

Perlakuan yang diterapkan pada subyek. Penelitian ini terdiri 2 tahap

Tahap 1

Responden mengisi kuesioner awal untuk meneliti bagaimana model *discharge planning* yang berpengaruh kemandirian ADL, pengisian kuesioner dilakukan oleh perawat dan dibantu oleh fasilitator untuk menunggu proses pengisian yang dilakukan oleh responden. Hasil kuesioner dianalisis dengan uji PLS, kemudian dibahas di FGD dengan 2 kelompok responden, yaitu kelompok manajerial dan kelompok perawat pelaksana di waktu yang berbeda. Proses FGD didokumentasikan dengan audio. Waktu yang diperlukan untuk FGD sekita 60 menit. Hasilnya akan muncul rekomendasi dan disusun modul.

Tahap 2

Tahap ini akan dilakukan uji coba dengan kelompok perlakuan dan kontrol. Diberikan pelatihan tentang pelaksanaan *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* dengan menggunakan modul yang telah dipersiapkan. Kelompok perlakuan diberikan pre test dengan menggunakan kuesioner kemudian diberikan post test dengan menggunakan kuesioner beberapa hari kemudian.

Manfaat

Saudara yang terlibat dalam penelitian ini sebagai pihak yang akan mempraktekkan langsung model *discharge planning* yang dikembangkan sehingga Saudara akan mendapat ilmu pengetahuan yang lebih serta bisa memberikan pendapatnya apakah model *discharge planning* yang dikembangkan sudah sesuai dengan kondisi di ruangan, efektif dan efisien memudahkan perawat dalam melaksakannya. Hasil kuesioner yang diisi oleh Saudara akan menghasilkan rekomendasi yang dijadikan bahan dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan *discharge planning*.

Bahaya Potensial

Saudara diberikan intervensi untuk mengikuti kegiatan sosialisasi dan pelatihan serta mengaplikasikan model *discharge planning* yang dikembangkan untuk diterapkan. Bahaya potensial minimal yang mungkindirasakan adalah kegiatan ini akan mengurangi waktu kerja Saudara.

Lampiran 9 Sertifikat Uji Etik



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

"ETHICAL APPROVAL"
No : 649-KEPK

Komis Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subjek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

"PENGEMBANGAN MODEL DISCHARGE PLANNING BERBASIS KNOWLEDGE MANAGEMENT SECT MODEL 'N SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN KEMANDIRIAN ACTIVITY DAILY LIVING"

<u>Peneliti utama</u> Principal Investigator	: Wahyu Darnanik
<u>Nama Instansi</u> Name of the Institution	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u> Setting of research	: RSUD Mohammad Noer Pamekasan RSU Asyifa Husada Pamekasan

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Diperecepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited

Surabaya, 12 Februari 2018
Kema. (CHAIRMAN)


 Dr. Junt Haryanto, S.Kp., M.Si.
NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Lampiran 10 Informed consent

INFORMED CONSENT
(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama responden :

Usia :

Jenis kelamin : *L/P

Pekerjaan :

Alamat :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai:

1. Penelitian yang berjudul “PENGEMBANGAN MODEL PENGEMBANGAN *DISCHARGE PLANNING* BERBASIS *KNOWLEDGE MANAGEMENT* SECI *MODEL* SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING*”
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur Penelitian

dan prosedur penelitian 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 sebesarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Pamekasan, - -

Peneliti, Responden,

Wahyu Darnanik

Saksi,

*) Coret salah satu

Lampiran 11 Kuesioner Variabel Independen

PENGUMPULAN DATA DEMOGRAFI
PENGEMBANGAN MODEL *DISCHARGE PLANNING* BERBASIS
***KNOWLEDGE MANAGEMENT* SECI *MODEL* SEBAGAI UPAYA**
PENINGKATAN KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING*

No. Responden :

Tanggal Pengisian :

Petunjuk :

1. Saudara tidak perlu menuliskan nama
2. Berikan jawaban sejujurnya, karena kejujuran Anda sangat penting dalam penelitian ini
3. Saudara dipersilahkan memilih salah satu jawaban yang tersedia dengan memberikan tanda silang (x) pada pilihan jawaban yang tersedia
4. Usahakan agar tidak ada satu jawaban yang terlewatkan
5. Anda sepenuhnya bebas menentukan pilihan
6. Setelah semua diisi mohon diserahkan kembali kepada peneliti

DATA DEMOGRAFI

1. Jenis Kelamin:
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan
2. Usia:
 - a. 20-25 tahun
 - b. 26-30 tahun
 - c. 31-40 tahun
 - d. > 40 tahun
3. Lama bekerja
 - a. 1-5 tahun
 - b. 6-10 tahun
 - c. 11-15 tahun
 - d. > 16 tahun
4. Status Kepegawaian
 - a. Pegawai tetap
 - b. Pegawai kontrak
5. Pendidikan Terakhir
 - a. D III Keperawatan
 - b. S 1 Keperawatan

LEMBAR KUESIONER DAN WAWANCARA
DISCHARGE PLANNING BERBASIS KNOWLEDGE MANAGEMENT
SECI MODEL

Petunjuk pengisian:

Beri tanda (√) pada salah satu kolom “TP”, “K”, “S”, atau “SS”.

Keterangan:

TP = Tidak pernah, apabila tidak pernah melakukan

K = Kadang-kadang, apabila kadang-kadang melakukan dan sering tidak melakukan

S = Sering, apabila sering melakukan sesuai pernyataan dan kadang-kadang tidak melakukan

SS = Selalu, apabila selalu melakukan sesuai pernyataan

No. Responden:

No	Tindakan		TP	K	S	SS
A	Saat Pasien Masuk Rumah Sakit					
Pengenalan						
Nama Perawat						
1	S	Mengenalkan nama perawat yang sedang berdinis				
2	E	Perawat menggunakan papan nama saat sedang berdinis				
3	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai nama perawat yang sedang berdinis				
4	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai nama perawat yang sedang berdinis				
Tugas perawat						
5	S	Perawat berbagi pengetahuan mengenai tugas perawat yang sedang berdinis				
6	E	Adanya pembagian tugas perawat secara tertulis saat sedang berdinis				
7	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai tugas perawat yang sedang berdinis				
8	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai tugas perawat yang sedang berdinis				
Nama pasien sekamar						
9	S	Perawat berbagi pengetahuan mengenai nama pasien yang sekamar				
10	E	Tersedianya papan nama atau identitas di tempat tidur pasien				
11	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai nama pasien yang sekamar				
12	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai nama pasien yang sekamar				

No	Tindakan		TP	K	S	SS
Orientasi ruangan						
13	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai orientasi ruangan				
14	E	Tersedianya denah ruangan yang ditempel di setiap kamar pasien				
15	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai orientasi ruangan				
16	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai orientasi ruangan				
JUMLAH						

Peraturan						
Jam berkunjung						
1	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai aturan jam berkunjung				
2	E	Adanya aturan jam berkunjung yang tertulis di tiap ruangan				
3	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai aturan jam berkunjung				
4	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai aturan jam berkunjung				
Tata tertib ruangan						
5	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai tata tertib ruangan				
6	E	Tersedianya tata tertib ruangan yang ditempel di tiap kamar pasien				
7	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai tata tertib ruangan				
8	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai tata tertib ruangan				
JUMLAH						

Penatalaksanaan						
Diagnosa keperawatan						
1	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai diagnosa keperawatan				
2	E	Perawat menulis diagnosa keperawatan yang dialami pasien				
3	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai diagnosa keperawatan				
4	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai diagnosa keperawatan				
Lama hari rawat						
5	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai lama hari rawat				

No	Tindakan		TP	K	S	SS
6	E	Perawat menulis lama hari rawat pasien				
7	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai lama hari rawat				
8	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai lama hari rawat				
Tindakan dependen dan tindakan independen						
9	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai tindakan dependen dan tindakan independen				
10	E	Perawat menulis tindakan dependen dan tindakan independen				
11	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai tindakan dependen dan tindakan independen				
12	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai tindakan dependen dan tindakan independen				
Sentralisasi obat						
13	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai alur penerimaan obat dan cara penyimpanannya				
14	E	Tersedianya SOP alur penerimaan obat dan cara penyimpanannya				
15	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai alur penerimaan obat dan cara penyimpanannya				
16	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai alur penerimaan obat dan cara penyimpanannya				
JUMLAH						

B		Discharge planning selama pasien dirawat					
Medication							
Nama obat							
1	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai nama obat					
2	E	Perawat menulis nama obat pasien kedalam buku laporan					
3	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai nama obat					
4	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai nama obat					
Dosis obat							
5	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai dosis obat					
6	E	Perawat mencatat dosis obat yang akan diberikan kepada pasien					
7	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai dosis obat					
8	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai dosis obat					

No		Tindakan	TP	K	S	SS
Tujuan penggunaan obat						
9	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai tujuan penggunaan obat				
10	E	Perawat menulis tujuan penggunaan obat				
11	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai tujuan penggunaan obat				
12	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai tujuan penggunaan obat				
Efek obat						
13	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai efek obat				
14	E	Perawat mencatat efek obat yang ditimbulkan				
15	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai efek obat				
16	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai efek obat				
JUMLAH						
Environment						
Keterampilan yang diperlukan dirumah						
1	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai keterampilan yang diperlukan dirumah				
2	E	Perawat mencatat keterampilan yang diperlukan dirumah				
3	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai keterampilan yang diperlukan dirumah				
4	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai keterampilan yang diperlukan dirumah				
Investigasi bahaya di lingkungan rumah						
5	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai investigasi bahaya di lingkungan rumah				
6	E	Perawat menulis investigasi bahaya di lingkungan rumah				
7	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai investigasi bahaya di lingkungan rumah				
8	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai investigasi bahaya di lingkungan rumah				
Transportasi yang digunakan						
9	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai transportasi yang digunakan				
10	E	Perawat menanyakan dan mencatat tentang transportasi yang digunakan				
11	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai transportasi yang digunakan				
12	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai transportasi yang digunakan				
JUMLAH						

No	Tindakan		TP	K	S	SS
Treatment						
Tujuan perawatan dirumah						
1	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai tujuan perawatan dirumah				
2	E	Perawat menyediakan lembar tujuan perawatan dirumah				
3	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai tujuan perawatan dirumah				
4	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai tujuan perawatan dirumah				
Cara perawatan yang benar						
5	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai cara perawatan yang benar				
6	E	Perawat menyediakan lembar cara perawatan yang benar				
7	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai cara perawatan yang benar				
8	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai cara perawatan yang benar				
JUMLAH						

Health						
Penyakit yang terkait dengan fungsi tubuh						
1	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai penyakit yang terkait dengan fungsi tubuh				
2	E	Perawat menyediakan lembar tentang penyakit yang terkait dengan fungsi tubuh				
3	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai penyakit yang terkait dengan fungsi tubuh				
4	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai penyakit yang terkait dengan fungsi tubuh				
Makna penting dalam memelihara derajat kesehatan						
5	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai makna penting dalam memelihara derajat kesehatan				
6	E	Perawat menyediakan lembar tentang makna penting dalam memelihara derajat kesehatan				
7	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai makna penting dalam memelihara derajat kesehatan				
8	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai makna penting dalam memelihara derajat kesehatan				
JUMLAH						

No		Tindakan	TP	K	S	SS
Outpatient referral						
Waktu dan tempat kontrol						
1	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai waktu dan tempat kontrol				
2	E	Perawat menuliskan tentang waktu dan tempat kontrol				
3	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai waktu dan tempat kontrol				
4	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai waktu dan tempat kontrol				
Dimana dan siapa yang dapat dihubungi						
5	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai dimana dan siapa yang dapat dihubungi				
6	E	Perawat mencatat tentang dimana dan siapa yang dapat dihubungi				
7	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai dimana dan siapa yang dapat dihubungi				
8	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai dimana dan siapa yang dapat dihubungi				
JUMLAH						

Diet						
Tujuan diet						
1	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai tujuan diet				
2	E	Tersedianya <i>leaflet</i> tentang tujuan diet				
3	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai tujuan diet				
4	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai tujuan diet				
Jenis menu yang sesuai						
5	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai jenis menu yang sesuai				
6	E	Tersedianya <i>leaflet</i> tentang jenis menu yang sesuai				
7	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai jenis menu yang sesuai				
8	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai jenis menu yang sesuai				
JUMLAH						

C	Saat Hari Pemulangan					
Kontrol						
Waktu kontrol						
1	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai waktu kontrol				

No	Tindakan		TP	K	S	SS
2	E	Perawat mencatat waktu kontrol				
3	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai waktu kontrol				
4	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai waktu kontrol				
Tempat kontrol						
5	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai tempat kontrol				
6	E	Perawat mencatat tempat kontrol				
7	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai tempat kontrol				
8	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai tempat kontrol				
Dokter yang merawat						
9	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai dokter yang merawat				
10	E	Perawat menulis siapa dokter yang merawat				
11	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai dokter yang merawat				
12	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai dokter yang merawat				
JUMLAH						

Obat						
Nama obat						
1	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai nama obat				
2	E	Perawat mencatat tentang nama obat				
3	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai nama obat				
4	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai nama obat				
Dosis obat						
5	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai dosis obat				
6	E	Perawat menulis tentang dosis obat				
7	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai dosis obat				
8	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai dosis obat				
Jumlah obat						
9	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai jumlah obat				
10	E	Perawat menulis tentang jumlah obat				

11	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai jumlah obat				
12	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai jumlah obat				
JUMLAH						

No		Tindakan	TP	K	S	SS
Aktivitas						
Aktivitas yang diperbolehkan						
1	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai aktivitas yang diperbolehkan				
2	E	Perawat mencatat tentang aktivitas yang diperbolehkan				
3	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai aktivitas yang diperbolehkan				
4	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai aktivitas yang diperbolehkan				
Aktivitas yang dilarang						
5	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai aktivitas yang dilarang				
6	E	Perawat mencatat tentang aktivitas yang dilarang				
7	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai aktivitas yang dilarang				
8	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai aktivitas yang dilarang				
JUMLAH						

Nutrisi						
Aturan diet						
1	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai aturan diet				
2	E	Perawat menulis tentang aturan diet				
3	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai aturan diet				
4	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai aturan diet				
Patangan makanan						
5	S	Perawat berbagi pengetahuan dan mengajarkan mengenai pantangan makanan				
6	E	Perawat menulis tentang pantangan makanan				
7	C	Perawat mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai pantangan makanan				
8	I	Perawat menjadi terbiasa menjelaskan kepada pasien mengenai pantangan makanan				
JUMLAH						
TOTAL						

Lampiran 12 Kuesioner Variabel Dependen

**LEMBAR KUESIONER dan WAWANCARA
KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING***

Berilah tanda checklist (√) pada salah satu kolom untuk setiap jawaban yang paling sesuai:

Nomer Responden :

No	Kemandirian ADL	Mandiri	Tergantung
1	<i>Feeding</i>		
	1. Mampu mengambil makanan dari piring 2. Mampu memasukkan makanan ke dalam mulut 3. Mampu mengontrol makanan yang dilarang		
2	<i>Toileting</i>		
	1. Mampu pergi ke toilet/ kamar kecil 2. Mampu duduk sendiri di kloset 3. Memakai pakaian dalam 4. Mampu membersihkan kotoran		
3	<i>Bathing</i>		
	1. Mampu untuk mandi 2. Membersihkan mulut/ menggosok gigi 3. Mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia		
4	<i>Dressing</i>		
	1. Mampu mengganti pakaian 2. Mampu berdandan/ berhias		
5	<i>Transferring</i>		
	1. Mampu berpindah dari dan ke tempat tidur 2. Mampu berpindah dari dan ke tempat duduk 3. Bergerak dilakukan secara bertahap. Dimulai dengan miring kanan/ kiri, duduk kemudian berjalan		
6	<i>Contenance</i>		
	1. Mampu mengontrol dan melakukan BAB 2. Mampu mengontrol dan melakukan BAK		
	SKOR		

Catatan

Mandiri : Apabila dapat melakukan sendiri

Tergantung: Apabila memerlukan bantuan

Lampiran 13 Panduan FGD

PANDUAN *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD) TAHAP 1

PENGEMBANGAN MODEL *DISCHARGE PLANNING* BERBASIS
KNOWLEDGE MANAGEMENT SECI MODEL SEBAGAI UPAYA
 PENINGKATAN *ACTIVITY DAILY LIVING*
 DI RSUD MOH. NOER PAMEKASAN

Hari/ Tanggal :

Waktu :

Tempat :

Jumlah Peserta :

Kegiatan selama dilakukan FGD:

- a. Memperkenalkan diri dan fasilitator FGD kepada partisipan
- b. Menyampaikan topik penelitian :

Saya tertarik untuk melakukan penelitian yang berhubungan dengan model *discharge planning*. Oleh karena itu saya meminta kepada Saudara untuk menjawab beberapa pertanyaan yang akan saya ajukan. Setelah itu saya akan memaparkan hasil observasi saya tentang model *discharge planning* yang ada di ruang Irna RSUD Moh. Noer Pamekasan saat ini. Setelah saya memaparkan hasil observasi saya, mohon ijin saya untuk memaparkan rencana penelitian saya tentang pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* sebagai upaya peningkatan *activity daily living*. FGD ini akan berlangsung selama 1 - 2 jam dan terdiri dari 2 sesi.

Sesi 1:

Pertanyaan tentang pendapat perawat mengenai kondisi model *discharge planning* saat ini.

Adapun pertanyaan yang akan saya ajukan yaitu:

- 1) Menurut Saudara, bagaimana model *discharge planning* yang ada saat ini?
- 2) Menurut Saudara, apakah model *discharge planning* yang ada saat ini mampu memperlihatkan fungsi yang diinginkan ketika anda melaksanakan perencanaan pulang?
- 3) Menurut Saudara, apakah model *discharge planning* yang ada saat ini memudahkan anda dalam kegiatan perencanaan pulang?
- 4) Apakah harapan Saudara tentang model *discharge planning* ?

Sesi 2:

- 1) Pemaparan hasil observasi saya tentang model *discharge planning* di ruang Irna RSUD Moh. Noer Pamekasan yang ada saat ini

- 2) Pemaparan tentang rencana penelitian yaitu pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* sebagai upaya peningkatan *activity daily living*
 - 3) Opini para partisipan terhadap pemaparan hasil observasi
- c. Persetujuan partisipan terhadap kerahasiaan jawaban dan aturan selama proses FGD
 - d. Menutup FGD
- Saya berharap hasil FGD ini dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi penelitian saya dan peningkatan mutu MAKP. Terimakasih atas waktu yang berikan. Atas kerja sama, saya ucapkan terima kasih.

PANDUAN *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD) TAHAP 2

PENGEMBANGAN MODEL *DISCHARGE PLANNING* BERBASIS *KNOWLEDGE MANAGEMENT SECI MODEL* SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN *ACTIVITY DAILY LIVING* DI RSUD MOH. NOER PAMEKASAN

Hari/ Tanggal :

Waktu :

Tempat :

Jumlah Peserta :

Kegiatan selama dilakukan FGD:

a. Memperkenalkan diri kepada partisipan

b. Menyampaikan tujuan FGD :

Tujuan dari kegiatan FGD ini adalah untuk memberikan rekomendasi tentang hasil penelitian saya yang berjudul pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* sebagai upaya peningkatan *activity daily living* yang telah dilaksanakan di RSUD Moh. Noer Pamekasan. Oleh karena itu saya meminta kepada Saudara untuk menjawab beberapa pertanyaan yang akan saya ajukan. Setelah itu saya akan memaparkan hasil rekomendasi penelitian saya tentang model *discharge planning* yang ada di ruang Irna RSUD Moh. Noer Pamekasan. FGD ini akan berlangsung selama 1 jam.

1) Pemaparan kemampuan dan pendapat perawat tentang pelaksanaan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* sebagai upaya peningkatan *activity daily living*. di RSUD Moh. Noer Pamekasan

2) Opini para partisipan tentang model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* sebagai upaya peningkatan *activity daily living*.

3) Penyampaian rekomendasi hasil penelitian kepada partisipan

c. Persetujuan partisipan terhadap kerahasiaan jawaban dan aturan selama proses FGD

d. Menutup FGD

Saya berharap hasil FGD ini dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi penelitian saya dan peningkatan mutu MAK. Terimakasih atas waktu yang berikan. Atas kerja sama, saya ucapkan terima kasih.

Lampiran 14 Informed Consent FGD

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN FGD

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Nama saya Wahyu Darnanik, mahasiswa Program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Saya sedang melakukan penelitian dengan judul “Pengembangan Model *Discharge Planning* Berbasis *Knowledge Management SECI Model* Sebagai Upaya Peningkatan *Activity Daily Living* di RSUD Mohammad Noer Pamekasan”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengembangkan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* sebagai upaya peningkatan *activity daily living*. Melalui penelitian ini diharapkan akan dihasilkan suatu pengembangan model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI model* dalam upaya peningkatan *activity daily living*, sehingga hasil penelitian ini akan bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan serta peran perawat di pelayanan keperawatan khususnya dalam hal peningkatan kemandirian *activity daily living*.

Penelitian ini sudah sampai pada tahap *focus group discussion* (FGD). Saya mohon partisipasi Bapak/ Ibu untuk berkenan menjadi peserta FGD penelitian ini dengan membahas isu strategis yang ditemukan melalui analisis penelitian ini. Hasil FGD akan bermanfaat untuk penyusunan rekomendasi yang nantinya dapat digunakan oleh RSUD Mohammad Noer Pamekasan sebagai upaya untuk meningkatkan kemandirian *activity daily living*.

Keikutsertaan Bapak/ Ibu dalam FGD penelitian ini tidak mengandung risiko. Keikutsertaan Bapak/ Ibu bersifat sukarela dan tanpa paksaan. Semua data yang berhubungan dengan penelitian akan dijamin kerahasiaannya. Data hanya disajikan untuk penelitian pengembangan ilmu keperawatan dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas serta tidak digunakan untuk maksud yang lain.

Saya ucapkan terimakasih dan menghargai atas kesediaan Bapak/ Ibu berpartisipasi dalam kegiatan FGD ini.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Surabaya, 2018

Hormat Saya

Wahyu Darnanik

Lampiran 15 Lembar Persetujuan Menjadi Peserta FGD

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PESERTA FGD
(*Informed Consent*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
 Usia :
 Jenis kelamin : *L/P
 Pekerjaan :
 Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi partisipan penelitian berjudul "Pengembangan Model *Discharge Planning* Berbasis *Knowledge Management SECI Model* Sebagai Upaya Peningkatan Kemandirian *Activity Daily Living*" yaitu pada kegiatan *Focus Group Discussion* (FGD) yang dilakukan oleh Wahyu Darnanik, Mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Atas dasar pemikiran bahwa kegiatan ini akan mendukung tinggi hak saya selaku peserta FGD dan penelitian ini dilakukan untuk pengembangan ilmu keperawatan, maka saya memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa saya telah diberi penjelasan dan menyatakan bersedia menjadi peserta FGD dengan sadar serta tanpa adanya keterpaksaan.

Pamekasan, - - 2018

Peneliti,

Partisipan,

Wahyu Darnanik

Saksi,

*) Coret salah satu

Lampiran 16 Daftar Hadir Peserta FGD

DAFTAR HADIR FGD I

PENELITIAN PENGEMBANGAN MODEL *DISCHARGE PLANNING*
BERBASIS *KNOWLEDGE MANAGEMENT SECI MODEL 2* SEBAGAI
UPAYA PENINGKATAN KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING (ADL)*
DI RSUD MOHAMMAD NOER PAMEKASAN

Hari/ Tanggal : Senin/ 02 April 2018

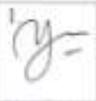
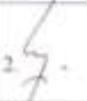
Lokasi : Ruang Komite Keperawatan RSUD Mohammad Noer Pamekasan

No	NAMA	JABATAN	TANDA TANGAN
1.	Fitriani Zuhdi	PERAWAT	1.
2.	Yuni Septeani D.	Perawat	2.
3.	Karnullah	Peserta	3.
4.	Ab Zatul Arif	---	4.
5.	Devi Gusman	Peserta	5.
6.	Eva Feryal	Peserta	6.
7.	Hercani Sulistyia	Peserta	7.
8.			8.
9.			9.
10.			10.

DAFTAR HADIR FGD II
PENELITIAN PENGEMBANGAN MODEL DISCHARGE PLANNING
BERBASIS KNOWLEDGE MANAGEMENET SECI MODEL'S
SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN KEMANDIRIAN ADL
DI RSU PAMEKASAN

Hari/Tanggal : Senin, 02 April 2018

Tempat : Ruang Komite Keperawatan RSU Mohammad Noer Pamekasan

NO	NAMA	JABATAN	TANDA TANGAN
1	Set Hartatik Handayani	Karw	1.  2. 
2	Msd. Hanaf budi e	Katim Paw	
3	NOVI RANTI	Komis kep	3.  4. 
4	Ach. Kusnira	Katim trnc 2	
5	Mohammad Yacip	Karw lama 1	5.  6. 
6	Hendra L	Katim UGD	
7	Sitti Aminah	Katim trnc 1	7.  8. 
8	Genyng Pus utama	Karw Ok	
9	Ayu Dewi Ning Tiast	Katim trnc 1	9.  10. 
10	Eva Yubandri	Katim Paw	
11	Erwida Fardianto	Katim trnc 2	11.  12. 
12	Erik Supriyadi	Karw 160	
13	Briawan	koor. kep	13.  14.
14			

Lampiran 17 Hasil Analisis Uji Statistik

Outer Loadings

	DP saat KRS	DP saat MRS	DP selama dirawat	Kemandirian ADL
X1.1		0.782848		
X1.2		0.866835		
X1.3		0.816903		
X2.1			0.831990	
X2.2			0.702905	
X2.3			0.880521	
X2.4			0.801990	
X2.5			0.753844	
X2.6			0.774852	
X3.1	0.794976			
X3.2	0.563754			
X3.3	0.825362			
X3.4	0.787271			
Y1.1				0.832432
Y1.2				0.881516
Y1.3				0.873685
Y1.4				0.887610
Y1.5				0.852337
Y1.6				0.846072

Outer Loadings

	DP saat KRS	DP saat MRS	DP selama dirawat	Kemandirian ADL
X1.1		0.782848		
X1.2		0.866835		
X1.3		0.816903		
X2.1			0.831990	
X2.2			0.702905	
X2.3			0.880521	
X2.4			0.801990	
X2.5			0.753844	
X2.6			0.774852	
X3.1	0.794976			
X3.2	0.563754			
X3.3	0.825362			

X3.4	0.787271			
Y1.1				0.832432
Y1.2				0.881516
Y1.3				0.873685
Y1.4				0.887610
Y1.5				0.852337
Y1.6				0.846072

Reliability

AVE

	AVE
DP saat KRS	0.562706
DP saat MRS	0.677195
DP selama dirawat	0.628911
Kemandirian ADL	0.743918

Communality

	communality
DP saat KRS	0.562706
DP saat MRS	0.677195
DP selama dirawat	0.628911
Kemandirian ADL	0.743918

Cronbachs Alpha

	Cronbachs Alpha
DP saat KRS	0.740230
DP saat MRS	0.762945
DP selama dirawat	0.880552
Kemandirian ADL	0.931019

Composite Reliability

	Composite Reliability
DP saat KRS	0.834643
DP saat MRS	0.862684
DP selama dirawat	0.910046
Kemandirian ADL	0.945713

Path Coefficients (Mean, STDEV, T-Values)

	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	Standard Error (STERR)
DP saat KRS -> Kemandirian ADL	0.190601	0.198460	0.091287	0.091287
DP saat MRS -> Kemandirian ADL	0.192125	0.192125	0.069814	0.069814
DP selama dirawat -> Kemandirian ADL	0.591633	0.586621	0.088341	0.088341

	T Statistics (O/STERR)
DP saat KRS -> Kemandirian ADL	2.087931
DP saat MRS -> Kemandirian ADL	2.751944
DP selama dirawat -> Kemandirian ADL	6.697132

R Square

	R Square
DP saat KRS	
DP saat MRS	
DP selama dirawat	
Kemandirian ADL	0.825124