

**PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* TERSTRUKTUR UNTUK
MENINGKATKAN KESIAPAN PASIEN BEDAH AKUT ABDOMEN
MENGHADAPI PEMULANGAN DI RSAU Dr M SALAMUN BANDUNG)
Ai Rokhayati*, Yati Tursini**

ARTIKEL ILMIAH

Disampaikan Sebagai salah satu Bahan Telaahan Kepustakaan

Oleh :

Ai Rokhayati,SPd,SKep,Ners,MKep

NIP : 195705201980032003

Yati Tursini,SPd,SKep,Ners,MKes

NIP : 195712111979122001

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG
JURUSAN KEPERAWATAN
BANDUNG TAHUN 2021**

SURAT PERNYATAAN

**PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* TERSTRUKTUR UNTUK
MENINGKATKAN KESIAPAN PASIEN BEDAH AKUT ABDOMEN
MENGHADAPI PEMULANGAN DI RSAU Dr M SALAMUN BANDUNG)
Ai Rokhayati*,Yati Tursini**

disampaikan untuk bahan telaahan kepustakaan yang digunakan untuk lingkungan sendiri

Mengetahui;
Ketua Jurusan Keperawatan
Kemenkes Bandung



Dr. H Asep Setiawan, SKp., M.Kes.
NIP. 197004251993031003

Bandung, Desember 2021.
Penulis



Ai Rokhayati,SPd,SKep,Ners,M.Kep
NIP. 19570521980032003

**PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* TERSTRUKTUR UNTUK
MENINGKATKAN KESIAPAN PASIEN BEDAH AKUT ABDOMEN
MENGHADAPI PEMULANGAN DI RSAU Dr M SALAMUN BANDUNG)
Ai Rokhayati*,Yati Tursini**

ABSTRACT

Tindakan operasi atau pembedahan merupakan pengalaman yang sulit bagi hampir semua pasien. Berbagai kemungkinan buruk yang akan membahayakan bagi pasien bisa saja terjadi sehingga diperlukan peran penting perawat dalam setiap tindakan pembedahan dengan melakukan intervensi keperawatan yang tepat untuk mempersiapkan klien baik secara fisik maupun psikis. Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan efektifitas *discharge planning* terstruktur dalam meningkatkan kesiapan pasien pasca bedah akut abdomen menghadapi pemulangan ditinjau dari aspek pengetahuan dan keterampilan. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *quasi experiment* (non blinded, non random with control group design). Selama penelitian 3 bulan, didapatkan jumlah sampel 60 pasien *pasca* bedah akut abdomen yang dirawat di RSAU Dr M Salamun Bandung . Instrumen yang digunakan berupa kuesioner dan *checklist*. Metode pengambilan sampling adalah total sampling dengan metode statistik uji Independent ttest dan Mann Whitney, kelompok intervensi 30 pasien mendapatkan perlakuan berupa *discharge planning terstruktur* setelah pasien melewati fase akut, sedangkan 30 pasien kelompok kontrol mendapatkan *discharge planning* sesuai kebiasaan rumah sakit yaitu pada saat pasien akan pulang. Kelompok intervensi di RSAU Dr M Salamun Bandung , *pre test* dilakukan pada saat pasien melewati *fase* akut sedangkan *post test* dilakukan pada saat pasien akan pulang baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Setelah intervensi dengan *discharge planning terstruktur*, pengetahuan maupun keterampilan pasien kelompok intervensi dalam menghadapi pemulangan lebih tinggi secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol ($p = 0,0001$). *Discharge planning* terstruktur terbukti efektif secara bermakna meningkatkan kesiapan pasien Pasca bedah akut abdomen menghadapi pemulangan, baik dari aspek pengetahuan maupun keterampilan.

Kata Kunci : *Discharge Planning*, Pasca Bedah, Acut Abdomen Kesiapan Pemulangan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tindakan operasi atau pembedahan merupakan pengalaman yang sulit bagi hampir semua pasien. Berbagai kemungkinan buruk yang akan membahayakan bagi pasien bias saja terjadi sehingga dipelukan peran penting perawat dalam setiap tindakan pembedahan dengan melakukan intervensi keperawatan yang tepat untuk mempersiapkan klien baik secara fisik maupun psikis (Rondhianto,2008) Salah satu jenis pembedahan adalah tindakan bedah akut abdomen .Akut abdomen atau disebut juga kegawatan abdomen menggambarkan keadaan klinis akibat kegawatan di rongga perut yang biasa imbul secara mendadak dengan nyeri sebagai keluhan utama,dan memerlukan penanggulangan segera yang sering adalah tindakan pembedahan (Jong,2004)

Pembukaan bagian tubuh ini umumnya dilakukan dengan membuka sayatan. Setelah pembedahan, abdomen memiliki resiko untuk terjadinya infeksi akibat terjadinya stres yang sangat serius kepada tubuh. Sistem imun tubuh menjadi lemah dan fungsi gastrointestinal berubah sehingga menyebabkan tubuh rentan terkena infeksi dan menyebabkan status nutrisi insuffisien (Healthnotes,com 2004) Andra (2007) menyatakan pasca pembedahan abdomen dengan etiologi non infeksi insiden terjadi peritonitis sekunder (akibat pecahnya jahitan pembedahan) yang terjadi kurang dari 2 %, pasca pembedahan untuk penyakit inflamasi tanpa perforasi (misalnya apendisitis, divertikulitis, kolesistitis) resiko untuk terjadinya peritonitis sekunder dan abses peritoneal kurang dari 19 %, sedangkan pasca pembedahan untuk penyakit kolon gangren dan perforasi visceral resiko terjadinya peritonitis sekunder dan abses meningkat hingga lebih dari 50 % karena itu perlu diberikan informasi kepada klien agar mampu mengenali tanda bahaya untuk dilaporkan kepada tenaga medis. sebelum pemulangan klien, keluarganya harus mengetahui bagaimana cara manajemen perawatan luka di rumah secara mandiri.

Perry & Potter,2006. *Discharge planning* merupakan komponen yang terkait dengan rentang perawatan .Perencanaan pulang merupakan bagian penting dari program keperawatan klien yang dimulai segera setelah klien masuk rumah sakit. Hal ini merupakan suatu proses yang menggambarkan usaha kerjasama antara tim kesehatan, keluarga, klien dan orang yang penting bagi klien. Perawat adalah salah

satu anggota team *Discharge Planner*, dan sebagai *discharge planner* perawat mengkaji setiap klien dengan mengumpulkan dan menggunakan data yang berhubungan untuk mengidentifikasi masalah aktual dan potensial, menentukan tujuan dengan atau bersama klien dan keluarga, memberikan tindakan khusus untuk mengajarkan dan mengkaji secara individu dalam mempertahankan atau memulihkan kembali kondisi klien secara optimal dan mengevaluasi secara kesinambungan. Ketidaksiapan klien menghadapi pemulangan juga dapat terjadi karena terlalu cepat dipulangkan sehingga hal ini juga beresiko terhadap terjadinya komplikasi pasca bedah setelah di rumah, dan juga dikarenakan pemulangan yang tidak direncanakan yang dapat berakibat hospitalisasi ulang (Torrance,1997).

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Williams (2006) mayoritas klien yang menerima informasi tentang nyeri dan manajemen perawatan luka luka, aktivitas, nutrisi, dan komplikasi pada umumnya merasakan bahwa tidak mengalami perasaan khawatir yang membuat mereka akan mengadakan kunjungan tidak rutin ke fasilitas kesehatan setelah dipulangkan. Sedangkan klien yang tidak mendapatkan informasi tentang nyeri dan manajemen perawatan luka menurut Williams (2006) mengalami kekhawatiran yang memaksa mereka untuk melakukan kunjungan tidak rutin kepada suatu fasilitas kesehatan setelah dipulangkan. Menurut Hurts dikutip oleh Nursalam (2007), perencanaan pulang merupakan proses yang dinamis, agar tim kesehatan mendapatkan kesempatan yang cukup untuk menyiapkan klien melakukan perawatan mandiri di rumah. Perencanaan pulang didapatkan dari proses interaksi di mana perawat profesional, klien dan keluarga berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur kontinuitas keperawatan yang diperlukan oleh klien di mana perencanaan harus berpusat pada masalah klien, yaitu pencegahan, terapeutik, rehabilitative. Perencanaan pulang bagi klien yang dirawat di rumah sakit belum optimal dilaksanakan, peran perawat terbatas pada kegiatan rutinitas saja, yaitu hanya berupa informasi kontrol ulang (Nursalam, 2007)

Data rekam medik RSAU Dr M Salamun Bandung sebagai berikut bulan Juni - Agustus 2016 berjumlah 589 pasien. Jumlah penyakit terbesar di antaranya: Apendisitis 31 pasien (21,96%), Fraktur 126 pasien (14,3%), Hernia 21 pasien (11,7%), Colik Abdomen 1 pasien Comcer 98 pasien (11,15%), BPH (Benigna Prostat Hipertrofi) 82 pasien (9,33%), Diabetes Mellitus + Gangren 1 pasien (7,39%), Haemoroid 7 pasien (5,46%), dan Ca Tiroid 45 pasien (5,12%). Diabetes Mellitus+Gangren 30 pasien (12,29%), Colelitiasis .10 Ca Recti 4 pasien. Peritonitis

..5 pasien Ileus 2 pasien Survey awal dengan wawancara dilakukan tanggal 2 Setember 2016 bahwa dari 5 pasien, terdapat 1 pasien (20%) yang diberikan *discharge planning* dari petugas kesehatan, sedangkan 4 pasien (80%) tidak diberikan *discharge planning* oleh petugas kesehatan. *Discharge planning* yang dilaksanakan oleh perawat sebenarnya hanya berpusat pada jadwal kontrol rutin dan nutrisi klien . Pemberiannya pun hanya spontan tanpa disertai format *discharge planning*. *Discharge planning* pada klien bedah akut abdomen di rumah sakit umumnya dilakukan hanya pengisian catatan resume klien pulang, prosesnya berupa pemberian informasi yang terdiri dari intervensi medis dan non medis yang sudah diberikan, jadwal kontrol klien ke poliklinik serta diet yang harus dipenuhi dan dihindari setelah klien pulang dari rumah sakit. Informasi yang diberikan saat klien dinyatakan boleh pulang ini belum bisa dikatakan pemberian *health education*, karena diberikan dalam waktu singkat dan informasi yang sangat terbatas sehingga tidak menjamin tercapainya suatu perubahan pengetahuan maupun keterampilan klien dan keluarga dalam upaya mencegah terjadinya komplikasi akibat pembedahan

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hariyati, Afifah & Handiyani (2008) di ruang rawat inap Rumah Sakit Jakarta menunjukkan bahwa 36% perawat belum melaksanakan dan mengemukakan bahwa 84% perawat belum mempunyai satuan acuan pembelajaran (SAP) dalam melaksanakan perencanaan pulang sehingga menimbulkan kendala dalam melaksanakan perencanaan pulang dengan optimal.

Discharge planning yang tidak baik dapat menjadi salah satu faktor yang memperlama proses penyembuhan luka di rumah. Kesuksesan tindakan *discharge planning* menjamin pasien mampu melakukan tindakan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit (Potter & Perry,2006).

Kegagalan perawat dalam memberikan dan mendokumentasikan perencanaan pulang akan beresiko terhadap beratnya penyakit, ancaman hidup, dan disfungsi fisik (Nursalam,2009) Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti melakukan penelitian untuk mengidentifikasi apakah *health education* yang diberikan oleh perawat dalam proses *discharge planning* secara terstruktur dan komperhensif yang diberikan sejak awal klien masuk ruang rawat inap lebih efektif dalam perubahan pengetahuan dan keterampilan pasien dan keluarga untuk menurunkan terjadinya komplikasi akibat pembedahan, Peneliti melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh *discharge planning* terstruktur untuk meningkatkan kesiapan klien *pasca* bedah akut abdomen menghadapi pemulangan di RSAU Dr M Salamun Bandung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Konsep Dasar Abdoment Pain

Definisi Akut Abdomen pain (nyeri abdomen) merupakan sensasi subjektif tidak menyenangkan yang terasa di setiap regio abdomen. Nyeri abdomen akut biasanya digunakan untuk menggambarkan nyeri dengan onset mendadak, dan atau durasi pendek. Nyeri abdomen kronis biasanya digunakan untuk menggambarkan nyeri berlanjut, baik yang berjalan dalam waktu lama atau berulang/ hilang timbul. Nyeri kronis dapat berhubungan dengan eksaserbasi akut (Pierce A. Grace & Neil R. Borley, 2007).

2.1/2 Penyebab Nyeri Perut

- Saluran Cerna: Nyeri abdomen nonspesifik, Appendicitis, Obstruksi usus halus dan kolon, Perforasi pada peptic ulser, Hernia inkarserata, Perforasi usus atau Diverticulitis
- Hati, Limpa dan empedu: Akut kolesistisis, Akut kholangitis, Abses hepar, Hepatitis akut, Limpa yang trauma atau rusak
- Pancreas: Akut pancreatitis
- Ginekologi: Akut salpingitis, Kehamilan ektopik yang rupture
- Saluran Kemih: Kolik ginjal, kut pyelonefritis
- Pembuluh darah: Acute ischemic colitis, Mesenteric thrombosis
- Peritoneum: Abses intra abdominal, Peritonitis tuberculosis
- Retroperitoneum: Perdarahan retroperitoneum

2.1 3. Tanda dan Gejala Akut Abdomen :

Tanda dan gejala akut abdomen menurut Alspach,(2006) antara lain nyeri persisten abdomen, nyeri tajam, mual, muntah, refluks atau anorexia, perubahan pola defekasi, distensi abdomen; hiperaktif atau hipoaktif peristaltik usus, bising usus, demam, pucat, takipnea ; dehidrasi ;kejadian trauma tumpul, atau tajam, serta melalui bau feses, atau drainase lambung.

2.1. 4. Komplikasi Pasca Operasi :

Tindakan pembedahan dapat menimbulkan berbagai macam resiko/ancaman. Berikut adalah komplikasi pembedahan menurut Rondhianto (2008) yaitu : syok, (tanda-tanda : pucat, kulit dingin, basah,pernafasan cepat, sianosis pada bibir, gusi dan lidah,nadi cepat, lemah dan bergetar penurunan tekanan darah , urine pekat) perdarahan trombosis vena profunda (komplikasi serius yang bisa ditimbulkan adalah embolisme pulmonari dan sindrom pasca flebitis ,retensi urine abses luka operasi, bahkan terjadi sepsis yang dapat menimbulkan kematian karena dapat menyebabkan kegagalan multi organ)

2.1.5 Konsep Rencana Pemulangan (*Discharge Planning*)

1) Pengertian *Discharge Planning*

Discharge Planning Koziar (2004) mendefinisikan *discharge planning* sebagai proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu unit pelayanan kepada unit yang lain didalam atau diluar suatu agen pelayanan kesehatan umum. Pendapat Rindhianto (2008) mendefinisikn discharge planning sebagai perencanaan kepulangan pasien dan memberikan informasi kepada klien dan keluarganya tentang hal-hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisi penyakitnya.Jadi dapat disimpulkan bahwa rencana pemulangan (*discharge planning*) adalah komponen sistem perawatan berkelanjutan sebagai perencanaan kepulangan pasien dan memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya yang dituliskan untuk meninggalkan satu unit pelayanan kepada unit yang lain didalam atau diluar suatu agen pelayanan kesehatan umum, sehingga pasien dan keluarganya mengetahui tentang hal-hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisi penyakitnya.

2) Tujuan Rencana Pemulangan (*Discharge Planning*)

Membantu klien dan keluarga untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Discharge planning yang efektif juga menjamin perawatan yang berkelanjutan di saat keadaan yang penuh dengan stress. Menurut Naylor (1990), tujuan discharge planning adalah meningkatkan kontinuitas perawatan,

meningkatkan kualitas perawatan dan memaksimalkan manfaat sumber pelayanan kesehatan. Discharge Planning dapat mengurangi hari rawatan pasien, mencegah kekambuhan, meningkatkan perkembangan kondisi kesehatan pasien dan menurunkan beban perawatan pada keluarga dapat dilakukan melalui Discharge Planning. Discharge planning ini menempatkan perawat pada posisi yang penting dalam proses pengobatan pasien dan dalam team discharge planner rumah sakit, pengetahuan dan kemampuan perawat dalam proses keperawatan dapat memberikan kontinuitas perawatan melalui proses *discharge planning*. The Royal Marsden Hospital (2004) menyatakan bahwa tujuan dilakukannya discharge planning antara lain untuk mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis untuk di transfer ke rumah atau ke suatu lingkungan yang dapat disetujui, menyediakan informasi tertulis dan verbal kepada pasien dan pelayanan kesehatan untuk mempertemukan kebutuhan mereka dalam proses pemulangan, memfasilitasi proses perpindahan yang nyaman dengan memastikan semua fasilitas pelayanan kesehatan yang diperlukan telah dipersiapkan untuk menerima pasien, mempromosikan tahap kemandirian yang tertinggi kepada pasien, teman-teman, dan keluarga dengan menyediakan, memandirikan aktivitas perawatan diri.

3) Prinsip *Discharge Planning*

Ketika melakukan discharge planning dari suatu lingkungan ke lingkungan yang lain, ada beberapa prinsip yang harus diikuti/diperhatikan.

Berikut ini adalah beberapa prinsip yang dikemukakan oleh The Royal Marsden Hospital (2004), yaitu :

- a) *Discharge Planning* harus merupakan proses multidisiplin, dimana sumber- sumber untuk mempertemukan kebutuhan pasien dengan pelayanan kesehatan ditempatkan pada satu tempat.
- b) Prosedur discharge planning harus dilakukan secara konsisten dengan kualitas tinggi pada semua pasien
- c) Kebutuhan pemberi asuhan (care giver) juga harus dikaji.
- d) Pasien harus dipulangkan kepada suatu lingkungan yang aman dan adekuat.
- e) Keberlanjutan perawatan antar lingkungan harus merupakan hal yang terutama

- f) Informasi tentang penyusunan pemulangan harus diinformasikan antara tim kesehatan dengan pasien/care giver , dan kemampuan terakhir disediakan dalam bentuk tertulis tentang perawatan berkelanjutan.
- g) Kebutuhan atas kepercayaan dan budaya pasien harus dipertimbangkan ketika menyusun discharge planning .

4) Proses Pelaksanaan *Discharge Planning*

Proses discharge planning mencakup kebutuhan fisik pasien, psikologis, sosial, budaya, dan ekonomi. Perry dan Potter (2006) membagi proses discharge planning atas tiga fase, yaitu akut, transisional, dan pelayanan berkelanjutan. Pada fase akut, perhatian utama medis berfokus pada usaha discharge planning . Sedangkan pada fase transisional, kebutuhan pelayanan akut selalu terlihat, tetapi tingkat urgensinya semakin berkurang dan pasien mulai dipersiapkan untuk pulang dan merencanakan kebutuhan perawatan masa depan.

Pada fase pelayanan berkelanjutan, pasien mampu untuk berpartisipasi dalam perencanaan dan pelaksanaan aktivitas perawatan berkelanjutan yang dibutuhkan setelah pemulangan. Perry dan Potter (2005) menyusun format discharge planning sebagai berikut :

5) Pengkajian

- a) Sejak pasien masuk, kaji kebutuhan pemulangan pasien dengan menggunakan riwayat keperawatan, berdiskusi dengan pasien dan care giver ; fokus pada pengkajian berkelanjutan terhadap kesehatan fisik pasien, status fungsional, sistem pendukung sosial, sumber-sumber finansial, nilai kesehatan, latar belakang budaya dan etnis, tingkat pendidikan, serta rintangan terhadap perawatan.
- b) Kaji kebutuhan pasien dan keluarga terhadap pendidikan kesehatan berhubungan dengan bagaimana menciptakan terapi di rumah, penggunaan alat-alat medis di rumah, larangan sebagai akibat gangguan kesehatan, dan kemungkinan terjadinya komplikasi. Kaji cara pembelajaran yang lebih diminati pasien (seperti membaca, menonton video, mendengarkan petunjuk- petunjuk). Jika materi tertulis yang digunakan, pastikan materi tertulis yang layak tersedia. Tipe materi pendidikan yang berbeda- beda dapat mengaktifkan cara pembelajaran yang berbeda pada pasien.

- c) Kaji bersama-sama dengan pasien dan keluarga terhadap setiap faktor lingkungan di dalam rumah yang mungkin menghalangi dalam perawatan diri seperti ukuran ruangan, kebersihan jalan menuju pintu, lebar jalan, fasilitas kamar mandi, ketersediaan alat-alat yang berguna (seorang perawat perawatan di rumah dapat dirujuk untuk membantu dalam pengkajian).
- d) Berkolaborasi dengan dokter dan staf pada profesi lain (seperti dokter pemberi terapi) dalam mengkaji kebutuhan untuk rujukan kepada pelayanan perawatan rumah yang terlatih atau fasilitas perawatan yang lebih luas.
- e) Kaji persepsi pasien dan keluarga terhadap keberlanjutan perawatan kesehatan di luar rumah sakit. Mencakup pengkajian terhadap kemampuan keluarga untuk mengamati care giver dalam memberikan perawatan kepada pasien. Dalam hal ini sebelum mengambil keputusan, mungkin perlu berbicara secara terpisah dengan pasien dan keluarga untuk mengetahui kekhawatiran yang sebenarnya atau keragu-raguan diantara keduanya.
- f) Kaji penerimaan pasien terhadap masalah kesehatan berhubungan dengan pembatasan.
- g) Konsultasikan tim pemberi layanan kesehatan yang lain tentang kebutuhan setelah pemulangan (seperti ahli gizi, pekerja sosial, perawat klinik spesialis, perawat pemberi perawatan kesehatan di rumah). Tentukan kebutuhan rujukan pada waktu yang berbeda

6) Diagnosa Keperawatan

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/kebersihan.

d) Stres sindrom akibat perpindahan.

Hal ini berhubungan dengan upaya meningkatkan pertahanan/pemeliharaan di rumah.

7) Perencanaan

Hasil yang diharapkan jika seluruh prosedur telah lengkap dilakukan adalah sebagai berikut :

- a) Pasien atau keluarga sebagai *care giver* mampu menjelaskan bagaimana keberlangsungan pelayanan kesehatan di rumah (atau fasilitas lain), penatalaksanaan atau pengobatan apa yang dibutuhkan, dan kapan mencari pengobatan akibat masalah yang timbul.
- b) Pasien mampu mendemonstrasikan aktivitas perawatan diri (atau anggota keluarga mampu melakukan aturan perawatan).
- c) Rintangan kepada pergerakan pasien dan ambulasi telah diubah dalam setting rumah. Hal-hal yang dapat membahayakan pasien akibat kondisi kesehatannya telah diubah.

8) 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

- Mengajukan cara untuk merubah keadaan rumah demi memenuhi kebutuhan pasien.
- Mempersiapkan pasien dan keluarga dengan memberikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan komunitas. Rujukan dapat dilakukan sekalipun pasien masih di rumah.
- 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, latihan, pembatasan yang disebabkan oleh penyakit atau pembedahan). Pamflet, buku-buku, atau

rekaman video dapat diberikan kepada pasien. Pasien juga dapat diberitahu tentang sumber-sumber informasi yang ada di internet.

- 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. Kesempatan terakhir untuk mendemonstrasikan kemampuan juga bermanfaat.
- Periksa instruksi pemulangan dokter, masukkan dalam terapi, atau kebutuhan akan alat-alat medis yang khusus. (Instruksi harus dituliskan sedini mungkin) Persiapkan kebutuhan dalam perjalanan dan sediakan alat-alat yang dibutuhkan sebelum pasien sampai di rumah (seperti tempat tidur rumah sakit, oksigen).
- Tentukan apakah pasien dan keluarga telah dipersiapkan dalam kebutuhan transportasi menuju ke rumah.
- Tawarkan bantuan untuk memakaikan baju pasien dan mengepak semua barang milik pasien. Jaga privasi pasien sesuai kebutuhan.
- Periksa seluruh ruangan dan laci untuk memastikan barang-barang pasien. Dapatkan daftar pertinggal barang-barang berharga yang telah ditandatangani oleh pasien, dan instruksikan penjaga atau administrator yang tersedia untuk menyampaikan barang-barang berharga kepada pasien. Persiapkan pasien dengan prescription atau resep pengobatan pasien sesuai dengan yang diinstruksikan oleh dokter. Lakukan pemeriksaan terakhir untuk kebutuhan informasi atau fasilitas pengobatan yang aman untuk administrasi diri.
- Berikan informasi tentang petunjuk untuk janji follow up ke kantor dokter.

- Hubungi kantor agen bisnis untuk menentukan apakah pasien membutuhkan daftar pengeluaran untuk kebutuhan pembayaran. Anjurkan pasien dan keluarga mengunjungi kantornya.
- Dapatkan kotak untuk memindahkan barang-barang pasien. Kursi roda untuk pasien yang tidak mampu ke mobil ambulans. Pasien yang pulang dengan menggunakan ambulans diantarkan oleh usungan ambulans.
- Bantu pasien menuju kursi roda atau usungan dan gunakan sikap tubuh dan teknik pemindahan yang sopan. Dampingi pasien memasuki unit dimana transportasi yang dibutuhkan sedang menunggu. Kunci roda dari kursi roda. Bantu pasien pindah ke mobil pribadi atau kendaraan untuk transportasi. Bantu keluarga menempatkan barang-barang pribadi pasien ke dalam kendaraan.
- Kembali ke bagian, dan laporkan waktu pemulangan kepada departemen pendaftaran/penerimaan. Ingatkan bagian kebersihan untuk membersihkan ruangan pasien.

9) Evaluasi

- a) Minta pasien dan anggota keluarga menjelaskan tentang penyakit, pengobatan yang dibutuhkan, tanda-tanda fisik atau gejala yang harus dilaporkan kepada dokter.
- b) Minta pasien atau anggota keluarga mendemonstrasikan setiap pengobatan yang akan dilanjutkan di rumah.
- c) Perawat yang melakukan perawatan rumah memperhatikan keadaan rumah, mengidentifikasi rintangan yang dapat membahayakan bagi pasien, dan menganjurkan perbaikan.

2.1.6 Unsur-Unsur *Discharge Planning*

Discharge planning Association (2008) mengatakan bahwa unsur- unsur yang harus ada pada sebuah form perencanaan pemulangan antara lain :

1. Pengobatan di rumah, mencakup resep baru, pengobatan yang sangat dibutuhkan, dan pengobatan yang harus dihentikan.
2. Daftar nama obat harus mencakup nama, dosis, frekuensi, dan efek samping yang umum terjadi.

3. Kebutuhan akan hasil test laboratorium yang dianjurkan, dan pemeriksaan lain, dengan petunjuk bagaimana untuk memperoleh atau bilamana waktu akan diadakannya.
4. Bagaimana melakukan pilihan gaya hidup dan tentang perubahan aktivitas, latihan, diet makanan yang dianjurkan dan pembatasannya.
5. Petunjuk perawatan diri (perawatan luka, ketentuan insulin, dan lain-lain).
6. Kapan dan bagaimana perawatan atau pengobatan selanjutnya yang akan dihadapi setelah dipulangkan. Nama pemberi layanan, waktu, tanggal, dan lokasi setiap janji untuk kontrol .
7. Apa yang harus dilakukan pada keadaan darurat dan nomor telepon yang bisa dihubungi untuk melakukan peninjauan ulang petunjuk pemulangan.
8. Bagaimana mengatur perawatan lanjutan (jadwal pelayanan di rumah, perawat yang menjenguk, penolong, pembantu jalan; walker , kanul, oksigen, dan lain-lain) beserta dengan nama dan nomor telepon setiap institusi yang bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan.

2.1.7 Cara Mengukur *Discharge Planning*

Sebuah discharge planning dikatakan baik apabila pasien telah dipersiapkan untuk pulang, pasien telah mendapatkan penjelasan-penjelasan yang diperlukan, serta instruksi-instruksi yang harus dilakukan, serta apabila pasien diantarkan pulang sampai ke mobil atau alat transportasi lainnya (The Royal Marsden Hospital, 2004). Kesuksesan tindakan *discharge planning* menjamin pasien mampu melakukan tindakan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit (Hou, 2001 dalam Perry & Potter, 2006). Hal ini dapat dilihat dari kesiapan pasien untuk menghadapi pemulangan, yang diukur dengan kuesioner.

1) Kesiapan Pasien Menghadapi Pemulangan

a) Pengertian dan Komponen Kesiapan

Menurut Martinsusilo (2007), ada dua komponen utama dari kesiapan yaitu kemampuan dan keinginan. Kemampuan adalah pengetahuan, pengalaman, dan keterampilan yang dimiliki seorang ataupun kelompok untuk melakukan

kegiatan atau tugas tertentu. Sedangkan keinginan berkaitan dengan keyakinan, komitmen, dan motivasi untuk menyelesaikan tugas atau kegiatan tertentu. Kesiapan merupakan kombinasi dari kemampuan dan keinginan yang berbeda yang ditunjukkan seseorang pada tiap-tiap tugas yang diberikan.

Berdasarkan hal di atas, maka dapat disimpulkan bahwa kesiapan pasien menghadapi pemulangan adalah kemampuan yang mencakup pengetahuan, pengalaman, dan keterampilan serta keinginan yang mencakup keyakinan, komitmen, dan motivasi pasien pasca bedah untuk melakukan aktifitas atau kegiatan yang diajarkan serta dianjurkan oleh perawat dan klinisi lain. Pasien dinyatakan siap menghadapi pemulangan apabila pasien mengetahui pengobatan, tanda-tanda bahaya, aktivitas yang dilakukan, serta perawatan lanjutan di rumah (The Royal Marsden Hospital, 2004).

b) Kriteria Pemulangan

Carpenito (1999) mengatakan bahwa sebelum pulang pasien pasca bedah dan keluarga akan mampu menggambarkan pembatasan aktivitas di rumah, menggambarkan penatalaksanaan luka dan nyeri di rumah, mendiskusikan kebutuhan cairan dan nutrisi untuk pemulihan luka, menyebutkan tanda dan gejala yang harus dilaporkan pada tenaga kesehatan, serta menggambarkan perawatan lanjutan yang diperlukan. Sedangkan Perry dan Potter (2005) mengatakan bahwa pada saat pulang, pasien harus mempunyai pengetahuan, keterampilan, dan sumber yang dibutuhkan untuk memenuhi perawatan dirinya. Kesuksesan tindakan discharge planning menjamin pasien mampu melakukan tindakan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit (Hou, 2001 dalam Perry & Potter, 2006). Oleh karena itu, pasien dinyatakan siap menghadapi pemulangan apabila pasien mengetahui pengobatan, tanda-tanda bahaya, aktivitas yang dilakukan, serta perawatan lanjutan di rumah (The Royal Marsden Hospital, 2004). Pasien dan keluarga memahami diagnosa, antisipasi tingkat fungsi, obat-obatan dan tindakan pengobatan untuk kepulangan, antisipasi perawatan tindak lanjut, dan respons yang diambil pada kondisi kedaruratan (Perry & Potter, 2005).

Martinsusilo (2007) membagi tingkat kesiapan berdasarkan kuantitas keinginan dan kemampuan bervariasi dari sangat tinggi hingga sangat rendah, antara lain :

1. Tingkat Kesiapan 1 (R1)

- 1) Tidak mampu dan tidak ingin, yaitu tingkatan tidak mampu dan hanya memiliki sedikit komitmen dan motivasi
- 2) Tidak mampu dan ragu, yaitu tingkatan tidak mampu dan hanya memiliki sedikit keyakinan

2. Tingkat Kesiapan 2 (R2)

- 1) Tidak mampu tetapi berkeinginan, yaitu tingkatan yang memiliki sedikit kemampuan tetapi termotivasi dan berusaha
- 2) Tidak mampu tetapi percaya diri, yaitu tingkatan yang hanya memiliki sedikit kemampuan tetapi tetap merasa yakin

3. Tingkat Kesiapan 3 (R3)

- 1) Mampu tetapi ragu, yaitu tingkatan yang memiliki kemampuan untuk Melaksanakan suatu tugas tetapi tidak yakin dan khawatir untuk melakukannya sendiri
- 2) Mampu tetapi tidak ingin, tingkatan yang memiliki kemampuan untuk melakukan suatu tugas tetapi tidak ingin menggunakan kemampuan tersebut

4. Tingkat Kesiapan 4 (R4)

- 1) Mampu dan ingin, yaitu tingkatan yang memiliki kemampuan untuk melakukan tugas seringkali menyukai tugas tersebut
- 2) Mampu dan yakin, yaitu tingkatan yang memiliki kemampuan untuk melaksanakan tugas dan yakin dapat melakukannya seorang diri.

2.1.8 Konsep Dasar Keperawatan (Dorothea Orem)

Konsep keperawatan Orem mendasari peran perawat dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri pasien untuk mencapai kemandirian dan kesehatan yang optimal. Orem mengembangkan tiga teori yang saling berhubungan yaitu teori “self care deficit”, teori self care, dan teori nursing system. Tiga teori tersebut berfokus pada peran manusia menyeimbangkan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraannya dengan merawat diri mereka sendiri.

1 Teori Self Care Deficit

Inti dari teori ini menggambarkan manusia sebagai penerima perawatan yang tidak mampu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya dan memiliki berbagai keterbatasan- keterbatasan dalam mencapai taraf kesehatannya. Perawatan yang diberikan didasarkan kepada tingkat ketergantungan; yaitu ketergantungan total atau parsial. Defisit perawatan diri menjelaskan hubungan antara kemampuan seseorang dalam bertindak/beraktivitas dengan tuntutan kebutuhan tentang perawatan diri. Sehingga bila tuntutan lebih besar dari kemampuan, maka ia akan mengalami penurunan/defisit perawatan diri.

2 Teori Self Care

Wang and Laffrey (2004) menyatakan bahwa *self care* adalah fungsi regulasi manusia yang berdasarkan pada kemampuan individu untuk melakukan perawatan dirinya. Hal tersebut digambarkan dalam hubungan antara *self care*, *self care agency* dan *therapeutic demand* (tuntutan terapeutik). ketika pasien tidak mampu melakukan perawatan diri, maka defisit perawatan diri terjadi dan perawat akan membantu pasien untuk melakukan tugas perawatan dirinya. Self care adalah tindakan yang matang dan memantapkan orang lain yang mempunyai potensi untuk berkembang, atau mengembangkan kemampuan yang dimiliki agar dapat digunakan secara tepat, nyata dan valid untuk mempertahankan fungsi dan berkembang dengan stabil dalam perubahan lingkungan. Self care digunakan untuk mengontrol atau faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi aktivitas seseorang untuk menjalankan fungsinya dan berproses untuk mencapai kesejahteraannya. Agen Perawatan Sendiri adalah kekuatan individu yang berhubungan dengan perkiraan dan esensial operasi-operasi produksi untuk perawatan mandiri.

Ada 3 aspek yakni agent artinya orang yang mengambil tindakan, self care agent artinya penyedia perawatan mandiri dan dependent care agent artinya penyelenggara perawatan yang tidak mandiri. Tuntutan perawatan diri harus seimbang dengan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Untuk itu dilakukan upaya-upaya dengan cara menggunakan metode-metode untuk mengembalikan kemampuan tersebut. Nursing Agency merupakan upaya keperawatan untuk dapat memenuhi kebutuhan perawatan diri individu dan mencapai kemandirian yang dapat dilakukan dengan cara : mengenali

kebutuhannya, memenuhi kebutuhan, melatih kemampuannya. Conditioning factor merupakan kondisi atau situasi di sekitar individu yang dapat mempengaruhi individu dalam memenuhi kebutuhan *self care*-nya.

3 Teori Nursing System

Sistem keperawatan, ketika perawat menentukan, mendesain dan menyediakan perawatan yang mengatur kemampuan individu dan mencapai pemenuhan kebutuhan perawatan diri (Kozier, Erb, & Blais, 1997 dalam Jean Bridge, Sally Cabell, and Brenda Herring, 2006). Sistem pelayanan yang memfasilitasi pemenuhan kebutuhan self care individu dan memberikannya secara terapeutik sesuai dengan tiga tingkatan kemampuan :

Wholly compensatory nursing system

Diberikan pada pasien dengan ketergantungan tinggi, jika :

- 1) tidak mampu melakukan aktivitas, contoh : pasien tak sadar
- 2) tahu melakukan gerakan tapi tidak boleh ada gerakan, contoh pada pasien tulang belakang
- 3) tidak mampu memberi alasan tindakan *self care* tapi bisa dengan bimbingan, contoh pada : retardasi mental

2. Partly comensatory nursing system

Diberikan pada pasien dengan tingkat ketergantungan sebagian/parsial. Biasanya perawat mengambil alih beberapa aktifitas yang tidak dapat dilakukan sendiri oleh pasien, misalnya pada lansia.

3. Supportive educative nursing system

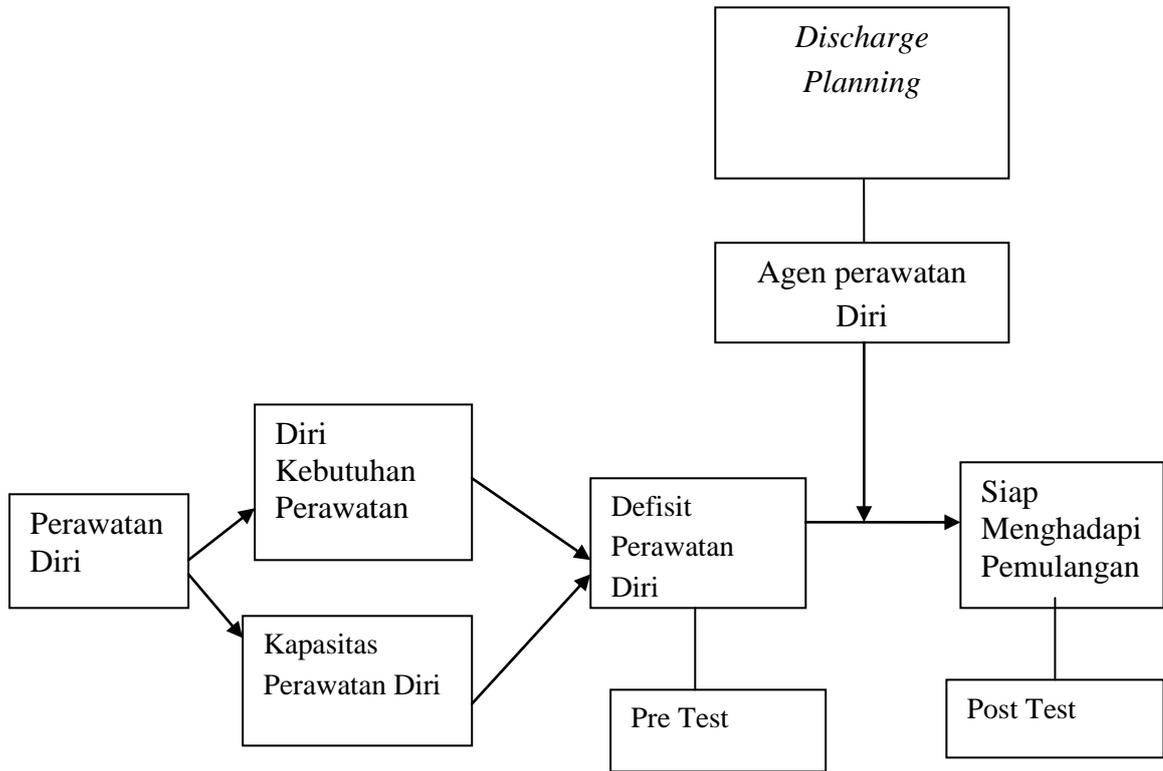
Diberikan dengan pemulihan/ketergantungan ringan. Memberikan pendidikan kesehatan atau penjelasan untuk memotivasi pasien untuk melakukan *self care*

2.1.9 Kerangka Konsep Penelitian

Penelitian ini memiliki tujuan utama untuk mengidentifikasi pengaruh Discharge Plannig yang dilakukan oleh perawat terhadap kesiapan pasien pasca bedah akut abdomen dalam menghadapi pemulangan. Penelitian ini menggunakan model konseptual berdasarkan konsep orem, dalam penelitian sebagai panduan untuk melihat pengaruh Discharge planning (rencana pemulangan) yang dilakukan oleh perawat terhadap kesiapan pasien pasca

bedah akut abdomen menghadapi pemulangan. Orem mengatakan jika seseorang tidak cukup mampu untuk merawat dirinya sendiri berkaitan dengan kesehatannya maka ia dikatakan defisit perawatan diri. Pasien pasca bedah akut abdomen mengalami defisit perawatan diri setelah menjalani pembedahan mengalami kelemahan tubuhnya sehingga memerlukan bantuan perawat sebagai agen keperawatan ,yang melakukan sistem keperawatan, dalam hal ini discharge planning (rencana pemulangan) membantu pasien memenuhi komponen kebutuhan perawatan diri teurapeutiknya, dan membantu pasien agar mampu menjadi agen perawatan diri sendiri sebelum menghadapi pemulangan. Sebelum dilakukan intervensi peneliti melakukan test awal (pre-test) untuk mengukur tingkat kesiapan pasien menghadapi pemulangan. Setelah dilakukan discharge planning kepada kelompok untuk mempersiapkan pasien menghadapi pemulangan dan akhirnya setelah dilakukan intervensi maka peneliti melakukan test akhir (post-test) untuk kembali mengukur tingkat kesiapan pasien menghadapi pemulangan.

Kerangka penelitian tersebut dapat digambarkan sebagai berikut :



Skema 1 Kerangka Penelitian Pengaruh Discharge Planning Yang dilakukan Oleh Perawat Terhadap Kesiapan Pasien Pasca Bedah Akut Abdomen Menghadapi Pemulangan.

1. Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini dijelaskan sebagai berikut :

1) Discharge Planning (rencana pemulangan) yang dilakukan perawat dalam mempersiapkan pasien menghadapi pemulangan berkaitan dengan pengetahuan pasien tentang hal-hal yang perlu diperhatikan dan dipatuhi pasien setelah berada di rumah seperti obat-obatan dan tanda-tanda bahaya, perawatan di rumah, aktivitas di rumah, diet di rumah serta perawatan lanjutan sesuai dengan protokol discharge planning.

2) Kesiapan Pasien Menghadapi Pemulangan

Kesiapan pasien menghadapi pemulangan dalam penelitian ini adalah kemampuan pasien dalam menyebutkan pengetahuan (tindakan pengobatan di rumah, tanda-tanda bahaya, perawatan luka, aktivitas di rumah, diet di rumah serta perawatan

lanjutan) sebelum pasien dipulangkan, yang diukur dengan kuesioner kesiapan pasien bedah akut abdomen menghadapi pemulangan dan dinyatakan dalam empat tingkatan kesiapan yaitu tingkat kesiapan 1 (R1) jika skornya 28 – 48, tingkat kesiapan 2 (R2) jika skor 49-69; tingkat kesiapan 3 (R3) jika skornya 70-90; serta tingkat kesiapan 4 (R4) jika skornya 90-112.

2. Hipotesis

Berdasarkan masalah penelitian, maka hipotesa penelitian ini adalah :

Ha = Terdapat pengaruh discharge planning yang dilakukan oleh perawat terhadap kesiapan pasien pasca bedah akut abdomen menghadapi pemulangan

Ho = Tidak terdapat pengaruh discharge planning yang dilakukan oleh perawat terhadap kesiapan pasien pasca bedah akut abdomen menghadapi pemulangan

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan *desain quasi experiment (non random, non blinded with control group design)*.

Lokasi dan Waktu Penelitian :

Lokasi Penelitian di RSAU Dr M Salamun Bandung, ruang rawat inap Gelatik dan rawat inap mawar. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Agustus minggu ke 2 sampai dengan akhir November 2020

Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini yang menjadi populasi yaitu para klien *pasca* bedah akut Di RSAU Dr M Salamun Bandung sebanyak 60 Klien

Sampel dalam penelitian ini adalah klien *pasca* bedah akut abdomen di RSAU Dr M Salamun Bandung yang dirawat inap diruang gelatik 30 orang dan yang dirawat inap di ruang Mawar 30 orang total keseluruhan sebanyak 60 klien

Teknik Pengambilan Sampel :

Dalam penelitian ini penulis menggunakan teknik pengambilan sampel dengan menggunakan total sampling 30 klien untuk kelompok intervensi dan 30 klien untuk kelompok kontrol selama waktu penelitian tidak ada klien yang menolak atau DO dari penelitian ,untuk kelompok intervensi dan kontrol .Adapun yang menjadi kriteria Inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini sebagai berikut :

Kriteria Inklusi :

- 1 Klien pasca bedah Akut Abdomen yang masuk rawat inap
- 2 Kesadaran komposmetis kooperatif dengan hemodinamik stabil
3. Bisa Membaca dan menulis
4. Bersedia jadi Responden

Kriteria Eksklusi :

1. Klien Pasca Bedah akut abdomen yang baru keluar dari kamar operasi
2. Pasien tidak sadar

Pengumpulan Data

Aspek pengetahuan dilakukan dengan pre dan post test. Aspek keterampilan subyek penelitian diobservasi secara langsung dengan menggunakan daftar tilik (*check list*). Keterampilan yang dinilai adalah keterampilan pasien dalam melakukan perawatan luka operasi, Pengukuran kesiapan klien *pasca* bedah akut abdomen dari ke 3 kelompok studi menghadapi pemulangan dari aspek pengetahuan dan keterampilan dibandingkan dengan tes Mann Whitney

Pelaksanaan Intervensi

- Intervensi dilakukan setelah pasien melewati fase akut abdomen atau setelah 48jam dirawat.
- Sebelum intervensi, kelompok perlakuan dan kontrol dilakukan pre test baik dari aspek pengetahuan maupun keterampilan.
- Pasien dari kelompok intervensi mendapat penjelasan tentang pelaksanaan intervensi dan dilakukan post test pada hari pemulangan klien . Sedangkan kelompok kontrol dilakukan *discharge planning* sesuai kebiasaan rumah sakit dan dilakukan posttest saat pasien akan pulang.
- Pengukuran kesiapan klien dalam menghadapi pemulangan (*discharge planning*) dihitung dari gabungan pengetahuan dan keterampilan yang mendapat nilai baik saja pada ke 2 kelompok studi
- Penelitian dilakukan setelah memperoleh ijin penelitian dari Direktur RSAU Dr M Salamun Bandung dan mendapatkan persetujuan dari klien dengan menanda tangani formulir *Informed Consent*.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil penelitian

Karakteristik Subjek Penelitian

Karakteristik subjek penelitian Tak ada perbedaan yang bermakna dari karakteristik ke 2 kelompok studi ditinjau dari aspek usia ($p= 0,4$), jenis kelamin ($p= 0,6$), dan pendidikan ($p = 0,9$). Kategorisasi usia, jenis kelamin, dan pendidikan pasien disajikan dalam Tabel 1.

Perbandingan luaran antara kelompok Intervensi dan Kontrol

Pengetahuan

Perbandingan pengetahuan kelompok Intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terlihat pada Tabel 2. Tingkat pengetahuan kelompok intervensi setelah mendapatkan *Discharge planning* terstruktur lebih tinggi secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol ($p = 0,0001$).

Keterampilan

Perbandingan keterampilan kelompok Intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah dilakukan intervensi disajikan pada Tabel 3. Keterampilan kelompok intervensi setelah mendapatkan *Discharge planning* terstruktur lebih tinggi secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol ($p =0,0001$)

Kesiapan pasien dalam menghadapi pemulangan

Kesiapan pasien dalam menghadapi pemulangan (*discharge*), merupakan gabungan dari pengetahuan dan keterampilan yang baik saja. Kesiapan discharge dari kelompok intervensi lebih tinggi secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol (Tabel 4)

Hasil Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik subyek penelitian, maupun kondisi awal pengetahuan dan keterampilan dari kelompok intervensi tidak berbeda bermakna dengan kelompok kontrol. Oleh karena itu, luaran penelitian dari aspek pengetahuan dan keterampilan yang lebih tinggi secara bermakna dari kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol dapat dikatakan karena keberhasilan dari intervensi *discharge planning terstruktur* pada kelompok intervensi. Ditinjau dari aspek pengetahuan, hasil penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Kleinpe yang melaporkan bahwa pasien yang diberikan *discharge planning* secara dini memiliki informasi yang memadai tentang masalah kesehatan dan perawatan,

memiliki kepedulian untuk melakukan perawatan di rumah, mengetahui tentang obat-obatan, dan mengetahui tanda-tanda komplikasi dibandingkan dengan pasien yang tidak diberikan *discharge planning* secara dini.

Tabel 1 .Karakteristik Pasien pada kelompok intervensi dan control

Kategori	Karakteristik pasien	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
		Jumlah	(%)	Jumlah (n)	(%)
Usia	20-39	10	33.3	8	26.6
	40-49	16	53.3	17	56.6
	60-79	4	20	5	25
Jenis Kelamin	Pria	14	36.6	18	60
	Wanita	16	53.4	12	40
Pendidikan	SD	5	16.6	8	26.6
	SMP	8	26.6	7	23.3
	SMU	10	23.3	13	43.3
	PT	7	23.3	2	6.66

Tabel 2. Perbandingan pengetahuan kelompok intervensi dan control sebelum dan sesudah dilakukan *discharge planning* terstruktur

Intervensi	Kelompok	Mean ± SD	Median + Inter Quartile	P Value
Sebelum	Intervensi	61.60 ± 14.6	62 ± 2	0.3*
	Kontrol	57.47 ± 13.7	56 ± 2	
Sesudah	Intervensi	84.13 ± 12.9	88 ± 1	0.00
	Kontrol	57.20 ± 14.8	56 ± 2	

*Independent Independent t test ; ** Man Whitney Test

Tabel 3. Perbandingan keterampilan kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah dilakukan *discharge planning* terstruktur

Intervensi	Kelompok	Mean ± SD	Median + Inter Quartile	P Value
Sebelum	Intervensi	8.40 ± 2	9 ± 3.0	0.7*
	Kontrol	48.20 ± 2.4	8 ± 3.25	
Sesudah	Intervensi	11.60 ± 1.48	12 ± 0	0.000
	Kontrol	20 ± 2.4	8 ± 3.25	

*Independent Independent t test ; ** Man Whitney Test

Tabel 4. Perbandingan kesiapan discharge *Planning* dari kelompok intervensi dan kontrol sesudah intervensi

Kelompok	Mean ± SD	Median + Inter Quartile	P Value
Intervensi	95.93 ± 12.74	97.5 ± 12.5	0.00
Kontrol	65.37 ± 14.87	66 ± 27.5	01**

;** *Man Whitney Test*

Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik subyek penelitian, maupun kondisi awal pengetahuan dan keterampilan dari kelompok intervensi tidak berbeda bermakna dengan kelompok kontrol. Oleh karena itu, luaran penelitian dari aspek pengetahuan dan keterampilan yang lebih tinggi secara bermakna dari kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol dapat dikatakan karena keberhasilan dari intervensi *discharge planning* terstruktur pada kelompok intervensi.

Discharge planning secara dini memiliki informasi yang memadai tentang masalah kesehatan dan perawatan, memiliki kepedulian untuk melakukan perawatan di rumah, mengetahui tentang obat-obatan, dan mengetahui tanda-tanda komplikasi dibandingkan dengan pasien yang tidak diberikan *discharge planning* secara dini. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Galloway,et al (1993, dalam Nursingcenter.com,2009) bahwa pasien mampu memprediksi akan kebutuhan mereka akan informasi terkait dengan proses penyembuhan, dan mereka menginginkan pendidikan kesehatan/informasi yang mudah dipahami sebanyak mungkin sebelum mereka menghadapi pemulangan dan kebutuhan akan pendidikan kesehatan ini tidak dipengaruhi oleh usia dan tingkat pendidikan pasien.

Sebelum memberikan pembelajaran pada klien, perawat harus memahami terlebih dahulu bagaimana cara belajar klien, kesediaannya untuk terlibat dalam pembelajaran dan bagaimana motivasinya. Semua aspek itu akan mempengaruhi pendekatan dan hasil pembelajaran. Motivasi dipengaruhi oleh pengetahuan sebelumnya sehingga sebelum melakukan pembelajaran pada responden, perlu diketahui pengetahuan sebelumnya. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Williams (2006) yang mendapati adanya hubungan antara pemberian informasi dengan dilakukannya kunjungan ulang yang tidak rutin ke fasilitas kesehatan, dalam penelitian tersebut Williams mendapati bahwa mayoritas pasien yang menerima

informasi tentang nyeri dan manajemen perawatan luka luka, aktivitas ,nutrisi, dan komplikasi pada umumnya merasakan bahwa tidak mengalami perasaan khawatir yang membuat mereka akan mengadakan kunjungan tidak rutin ke fasilitas kesehatan setelah dipulangkan,dalam artian bahwa mereka telah siap menghadapi pemulangan. Klien yang tidak mendapatkan informasi dan pendidikan tentang nyeri dan manajemen luka mengalami kekhawatiran yang memaksa mereka untuk melakukan kunjungan tidak rutin kepada suatu fasilitas kesehatan setelah dipulangkan. Kasanah juga melaporkan bahwa faktor yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan *discharge planning* adalah pengetahuan. Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Riyantini yang melaporkan bahwa ada pengaruh dari pendidikan terhadap pengetahuan, sikap dan keterampilan pasien Faktor yang mendukung terjadinya peningkatan pengetahuan pasien antara lain adalah pengetahuan perawat tentang pelaksanaan *discharge planning terstruktur*. Hasil penelitian Hariyati dkk (2008) menyebutkan bahwa ada peningkatan pengetahuan yang bermakna pada perawat setelah dilakukan pengenalan model *discharge planning* yang terstruktur, sehingga pengetahuan perawat juga merupakan dasar dari kontinuitas perawatan *discharge planning* yang dilakukan pada klien. Penelitian ini tidak dilakukan oleh penulis pre dan pos test terhadap perawat pelaksana di ruangan, sehingga tidak bisa membuktikan apakah ada pengaruh pengetahuan perawat terhadap luaran penelitian. Penelitian ini, sebagian besar pasien pada kelompok intervensi maupun kontrol berusia 40 – 59 tahun, dimana rentang usia ini memungkinkan klien masih memiliki kemampuan mengingat yang baik dan rasa ingin tahu tentang hal-hal yang baru juga cukup besar. Semakin bertambahnya usia seseorang maka cara berfikirnya menjadi semakin matang dan dewasa, serta lebih mudah untuk memahami apa yang di isampaikan sehingga terjadi peningkatan pengetahuan yang lebih baik. Keberhasilan peningkatan pengetahuan kelompok intervensi pada penelitian ini juga bisa disebabkan oleh metode yang digunakan dalam memberikan pengetahuan pada klien yaitu metode ceramah dengan materi yang tidak terlalu banyak. Materi pendidikan yang hanya sedikit dan sederhana akan lebih mudah dipahami dibandingkan materi pendidikan yang terlalu banyak. Disamping itu, alat bantu yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa leaflet yang dilengkapi dengan gambar-gambar agar klien lebih mudah untuk mengingat, dan setelah dijelaskan leaflet tersebut diberikan pada pasien tersebut agar bisa dibaca sewaktu-waktu bila ia lupa terhadap apa yang sudah dijelaskan. eh karena itu dapat dikatakan retensi pengetahuan kelompok intervensi

juga lebih tinggi dari kelompok kontrol karena adanya perbedaan dari metode pembelajaran yang diberikan. Pada kelompok kontrol pembelajaran tersebut umumnya diberikan menjelang pasien pulang dengan metode edukasi langsung, sedangkan pada kelompok intervensi, edukasi diberikan setelah 23 jam pasien dirawat atau setelah melewati fase akut. Edukasi bisa merupakan proses interaktif yang mengajarkan tindakan untuk memperoleh keterampilan baru, sehingga sebelum memberikan pembelajaran pada klien seorang perawat harus mengetahui terlebih dahulu kemampuan keterampilan klien agar dapat menghasilkan perubahan keterampilan yang diinginkan.

Intervensi yang dilakukan pada penelitian ini juga menerapkan aspek tersebut dimana peneliti meminta klien untuk memperagakan keterampilan pasien dalam membuka balutan luka operasi untuk kemudian dilanjutkan dengan memberikan contoh yang benar. Hasil penelitian menunjukkan keterampilan kelompok intervensi setelah dilakukan *discharge planning* terstruktur lebih tinggi secara bermakna dari pada kelompok kontrol. Dalam penelitian ini materi pembelajaran keterampilan perawatan luka dan cara menyiapkan alat-alat yang steril sesuai dengan kebutuhan, diberikan secara bertahap sedikit demi sedikit, sesuai dengan kemampuan klien serta dilakukan bersama dengan staf perawat yang ada di rawat inap tempat penelitian ini dilakukan metode yang digunakan adalah metode demonstrasi dan redemonstrasi sehingga memudahkan responden untuk meniru dan mempraktekkan.

Notoatmojo (2012) menyatakan salah satu metode yang tepat untuk belajar suatu keterampilan adalah dengan menggunakan metode demonstrasi. Peneliti juga menyediakan bahan dan alat-alat yang steril yang dibutuhkan untuk mengajarkan keterampilan perawatan luka pada pasien/ keluarga sehingga klien lebih mudah dalam memahami dan bisa langsung mempraktekkan keterampilan baru yang diajarkan. Alat bantu belajar merupakan salah satu faktor yang sangat mempengaruhi proses belajar mengajar *Discharge planning* terstruktur yang dilakukan oleh peneliti bersama perawat ruang rawat inap, diharapkan dapat meningkatkan keterampilan klien sehingga dapat memenuhi kebutuhan perawatan berkelanjutan (di rumah). Hal tersebut terbukti juga dari aspek kesiapan kelompok intervensi dalam menghadapi pemulangan yang lebih tinggi secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol. Hal ini juga sesuai dengan penelitian Azimatunnisa, dkk (2011) yang melaporkan bahwa ada hubungan *discharge planning* dengan tingkat kesiapan klien dalam menghadapi pemulangan, dan penelitian Hariyati dkk (2008) yang menyatakan bahwa *discharge*

planning mempunyai dampak terhadap kenaikan nilai kesiapan pasien dalam adaptasi pulang dan coping terhadap stress. Kesiapan Klien pada kelompok intervensi dalam menghadapi pemulangan yang lebih tinggi dari pada kelompok kontrol pada penelitian ini pertama didukung oleh usia pasien yang sudah matang sehingga mudah dalam menimbulkan perubahan perilaku. Kedua adalah minat, dimana sebagian besar subyek penelitian sangat berminat untuk mempelajari hal yang diajarkan oleh peneliti dan perawat.

Ketiga adalah faktor kesehatan, dimana pada penelitian ini mereka disiapkan untuk *discharge planning* setelah hari ke 3 dirawat sehingga kondisi kesehatannya sudah cukup membaik karena sudah melewati fase kritis. Hal tersebut memudahkan klien untuk memahami pengetahuan yang diberikan dan mempraktekkan keterampilan yang diajarkan. Boyd dkk (tahun 2009) juga menjelaskan bahwa partisipasi dan keterlibatan klien akan sangat mendukung keberhasilan *discharge planning* yang dilakukan sehingga dapat meningkatkan kesiapan klien dalam menghadapi pemulangan.

Keberhasilan *discharge planning* dalam meningkatkan kesiapan klien dalam menghadapi pemulangan merupakan wujud kerja yang profesional dari perawat, karena pelaksanaan *discharge planning* yang baik adalah merupakan tugas perawat yang berperan penting dalam memberikan pemahaman dan pengetahuan kepada klien serta meningkatkan motivasi klien untuk menjalani proses rehabilitasi seoptimal mungkin. Keterbatasan dalam penelitian ini adalah *desain* penelitian yang berupa *quasy experimental* karena tidak bisa dilakukan randomisasi pada peserta penelitian. Pemilihan rumah sakit sebagai tempat intervensi/ kontrol juga tidak dilakukan secara random. Hal tersebut juga dikarenakan adanya kesulitan dalam aspek teknis pelaksanaan intervensi yang tidak mungkin dilakukan secara membuta.

BAB V

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

5.1 Simpulan

Discharge planning terstruktur efektif secara bermakna dalam meningkatkan kesiapan pasien pasca bedah akut abdomen menghadapi pemulangan baik pada aspek pengetahuan maupun keterampilan. Keterbatasan dalam penelitian ini adalah desain penelitian yang berupa *quasy experimental* karena tidak bisa dilakukan randomisasi pada peserta penelitian. Pemilihan rumah sakit sebagai tempat intervensi/ kontrol juga tidak dilakukan secara random. Hal tersebut juga dikarenakan adanya kesulitan dalam aspek teknis pelaksanaan intervensi yang tidak mungkin dilakukan secara membuta.

5.2 Rekomendasi

5.2.1 Bagi Perawat

Perawat aktif dalam memberikan program pendidikan kesehatan yang terkait dengan rencana pemulangan pasien ke rumah (*discharge planning*) terutama pada kasus-kasus akut abdomen setelah dilakukan tindakan operasi, karena pasien yang dilakukan tindakan cito operasi hanya menjalani rawat inap hanya beberapa hari 3-4 hari, kalau tidak terjadi komplikasi, oleh karena itu pasien sebelum dipulangkan merupakan tanggung jawab perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pendidikan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien atau masalah pasien..Diperlukan penelitian lanjutan yang bertujuan untuk mengetahui motivasi, persepsi pasien dan keluarga tentang *discharge planning* terstruktur. Penelitian berikutnya yang bertujuan untuk membuktikan efektifitas *discharge planning* terstruktur pada pasien dengan penyakit lain yang beresiko terjadinya kekambuhan juga diperlukan

5.2.2 Bagi Pasien Dan Keluarga

Pasien dan keluarga mampu melaksanakan perawatan luka di rumah, obat-obat yang harus dimakan sesuai aturan yang telah ditetapkan oleh dokter, untuk dilaksanakan di rumah secara tepat waktu begitu juga dengan perawatan luka sesuai dengan yang telah diajarkan oleh perawat selama pasien dan keluarga berada dalam perawatan di ruang rawat inap

DAFTAR PUSTAKA

- Azimatunisa, Kirnantoro, Khusnal. Hubungan discharge planning dengan tingkat kesiapan klien dalam menghadapi pemulangan. Jurnal dikti. 2011
- Discharge Planning Association (2008) Discharge Planing* Diakses dari [http://Discharge Planning.org.au/index](http://DischargePlanning.org.au/index) pada tanggal 26 Oktober 2016
- Boyd, M, Byrne, E, Donovan, A., Gallagher, J., Phelan, J., Keating, A., et al. 2009 Guideline for nurse/midwife facilitated *discharge planning*. Office of the nursing services director (ONSD)
- Hariyati T, Afifah E, Handiyani H.(2008) Evaluasi model perencanaan pulang yang berbasis teknologi informasi.Jurnal Makara Kesehatan., Vol,12,No,2, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia : Depok.
- Kasanah (2012) .Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Discharge Planning oleh Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD Kebumen. diakses tanggal 20 September 2016,dari .<http://digilib.Stikes Muh Gombong.ac.id/gdl.php>
- Potter PA &Perry AG. Fundamental of Nursing. Alih bahasa Adrina Ferderika, Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika. 2009.
- Potter PA& Perry AG. Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses dan praktik. Volume 1. Alih bahasa Yasmin Asih, dkk. Editor edisi bahasa Indonesia Devi Yulianti, Monica Ester. Edisi 4. Jakarta: EGC. 2005.
- Healthnotes Com (2004) Pre and Post-Surgery Health*, Diakses dari <http://www.puritan.com/vf/healthnotes/hn/live/comCern/Surgery.htm> tanggal 20 Oktober 2016
- Notoatmojo (2005) Metodologi Penelitian Kesehatan, Jakarta : Rineka Cipta
- (2012) Pendidikan dan Perilaku Kesehatan, Jakarta : Rineka Cipta
- Nursalam (2007) Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2, Jakarta : Balai Pustaka Salamba Medika
- Nursingcenter.com. (2009). Discharge Information Needs of Patients After Surgery diakses dari<http://www.nursingcenter.com/prodev/cearticle.asp?tid=648605> diakses pada tanggal 20 Desember 2016
- Praveena, R. P., et al. (2006).Study Of Doctors' Opinion About Vitamin B-Complex Market With Respect To Injectable Dosage Forms.diakses 19 November 2016 dari <http://www.ispub.com/ostia/index=journals/ijnw/vol2n2/vitbxml> pada tanggal 19
- Perry, A.G & Potter, P.A (2006), *Clinical Nursing Skill & Technique* 6th edition, Misbouri : Mosby Inc.

Rondhianto (2008), Keperawatan Perioperatif/01/keperawatan perioperative htm 1 pada tanggal 28 September 2016

Torance.C & Serginson.E (1997) Surgical Nursing, 12 Edition, London : Bailliere Tindall

Williams Bev (2006) Supporting Self Care of Patients Following General Abdominal, surgery, diakses dari <http://www.3.Intenscience,wiley.com/journal/120087254/abstract,tanggal> 19 September 2016

ariyati, T.S. 2008. Evaluasi Model Perencanaan Pulang yang berbasis Teknologi Informasi. MAKARA, KESEHATAN, VOL. 12, NO. 2, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia : Depok.

BUKTI PENERIMAAN DARI PERPUSTAKAAN

ARTIKEL ILMIAH DENGAN JUDUL :
PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* TERSTRUKTUR UNTUK
MENINGKATKAN KESIAPAN PASIEN BEDAH AKUT ABDOMEN
MENGHADAPI PEMULANGAN DI RSAU Dr M SALAMUN BANDUNG)
Ai Rokhayati*,Yati Tursini

disampaikan untuk bahan telaahan kepustakaan yang digunakan untuk lingkungan
sendiri

Sub Unit Perpustakaan



Agus Yudo Waluyo, S.Sos
196908271992031002

Bandung, November,2021
Penulis



Ai Rokhayati,SPd,SKep,Ners,MKep
NIP. 195705201980032003