

DISCHARGE PLANNING MODEL LIMA : BEST PRACTICE



DISCHARGE PLANNING MODEL LIMA: BEST PRACTICE

Silvia Dewi Mayasari Riu

Norman Alfiat Talibo



DISCHARGE PLANNING MODEL LIMA: BEST PRACTICE

Penulis:

Silvia Dewi Mayasari Riu

Norman Alfiat Talibo

ISBN : 978-623-09-5457-3 (PDF)

Editor:

Nuris Dwi Setiawan, S.Kom., M.T

Penyunting:

Toni Wijanarko, S.Kom.,M.Kom

Penerbit :

Yayasan Drestanta Pelita Indonesia

Redaksi:

Perum. Cluster G11 Nomor 17

Jl. Plamongan Indah, Kadungwringin, Kedungwringin

Pedurungan, Semarang

Tlpn. 081262770266

Fax . (024) 8317391

Email: isbn@yayasandpi.or.id

Hak Cipta dilindungi Undang Undang

Dilarang memperbanyak Karya Tulis ini dalam bentuk apapun.

KATA PENGANTAR

Kami dengan rasa hormat dan antusias mempersembahkan buku ini, "*Discharge Planning Model Lima: Best Practice*." Buku ini merupakan hasil kolaborasi dan dedikasi dari sejumlah individu yang berkomitmen untuk menghadirkan panduan terbaik dalam perencanaan pemulangan pasien yang efektif dan efisien.

Dalam dunia perawatan kesehatan yang terus berkembang, peran perencanaan pemulangan tidak hanya penting, tetapi juga menjadi faktor penentu dalam pemulihan pasien yang sukses. Buku ini bertujuan untuk menguraikan pendekatan Model Lima yang telah terbukti, dan membagikan praktik terbaik yang dapat diterapkan oleh para profesional perawatan kesehatan di berbagai setting, mulai dari rumah sakit hingga layanan kesehatan di rumah.

Buku ini disusun dengan harapan bahwa setiap pembaca akan memperoleh wawasan yang berharga dan alat praktis yang dapat membantu meningkatkan kualitas perencanaan pemulangan pasien mereka. Kami ingin mengucapkan terima kasih kepada semua yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku ini serta kepada para pembaca yang telah memilih untuk menyempatkan waktu dalam menjelajahi topik yang penting ini.

Kami juga ingin mendengar pandangan dan pengalaman Anda. Jika Anda memiliki pertanyaan atau masukan, jangan ragu untuk menghubungi kami. Semua masukan tersebut akan menjadi dorongan bagi kami untuk terus memperbaiki panduan ini dan menyediakan yang terbaik dalam perencanaan pemulangan pasien.

Semarang, September 2023

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	ii
Kata Pengantar.....	iv
Daftar Isi	v
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II <i>DISCHARGE PLANNING</i> MODEL LIMA	6
A. Definisi <i>Discharge Planning</i>	6
B. Tujuan <i>Discharge Planning</i>	8
C. Manfaat <i>Discharge Planning</i>	11
D. Prinsip <i>Discharge Planning</i>	14
E. Discharge Planing Model LIMA	17
BAB III KONSEP KESIAPAN PULANG PASIEN	20
A. Defenisi Kesiapan Pulang Pasien (Pemulangan)	20
B. Indikator Pasien Pulang	22
C. Faktor-Faktor Kesiapan	25

BAB IV PENGARUH <i>DISCHARGE PLANNING</i> MODEL LIMA UNTUK KESIAPAN PULANG PASIEN	29
A. Kerangka Konsep Penelitian	29
B. Populasi dan Sampel	35
C. Teknik Pengambilan Sampel	36
D. Teknik Pengumpulan Data	39
E. Teknik Analisa Data	41
F. Etika Penelitian	45
DAFTAR PUSTAKA	55

BAB I

PENDAHULUAN

Kesiapan menghadapi pemulangan merupakan faktor penentu dari keberhasilan perawatan ketika berada dirumah paca hospitalisasi. Sebelum pemulangan pasien dan keluarga harus mengetahui bagaimana cara memanajemen pemberian perawatan dirumah dan apa yang diharapkan didalam memperhatikan masalah fisik yang berkelanjutan. Kegagalan dalam mempersiapkan pemulangan atau tidak keberhasilan pasien dan keuarga untuk memahami implikasi masalah kesehatan dapat menyebabkan kondisi pasien menjadi lebih buruk dan meningtkan resiko kompilkasi serta hospitalisasi ulang atau Rehospitalisasi (Azimatunnisa & kimantoro, 2011).

Rehospitalisasi merupakan masuknya kembali pasien rawat inap dengan penyakit yang sama setelah pasien sudah pulang ke rumah. Rehospitalisasi menjadi salah satu faktor yang menentukan prognosis penyakit tersebut. Pasien yang mengalami rehospitalisasi akan memiliki afek atau dampak yaitu sekitar 50% meninggal pada 6 bulan setelah rehospitalisasi dan 25-35% meninggal pada 12 bulan setelah rehospitalisasi (AHA, 2014).

Data Rehospitalisasi Menurut American Heart assosaction (AHA,2012), pasien yang menjalani hospitalisasi terdapat sebanyak 1.094.000 pasien dan melalui data ini dapat memperoleh angka kejadian rehospitalisasi hampir sekitar 50% dari total pasien yang pernah menjalani hospitalisasi sebelumnya.

Selanjutnya angka keajdian rehospitalisasi di Indonesia sendiri ada beberapa penyakit yang angka kejadian sangat tinggi antra lain yaitu, CHF

dan DM. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018, menunjukkan bahwa.

Data di rumah sakit dr. Kariadi Semarang selama kurun waktu 3 bulan antara Juli – September 2019 sejumlah 150 pasien merupakan pasien gagal jantung kongestif (CHF). Dari kurun waktu 3 bulan tersebut 59 pasien merupakan pasien rehospitalisasi dan pernah dirawat sebelumnya.

Diabetes Melitus juga merupakan Penyakit yang Rehospitalisasinya cukup tinggi. di Indonesia, Berdasarkan data awal yang diperoleh dari medical record Indonesia, pada tahun 2018 terdapat 526 orang penderita DM, dan dari jumlah ini terdapat 238 orang penderita DM yang rehospitalisasi.

Sedangkan angka kejadian rehospitalisasi pada Sulawesi utara sendiri, khususnya Rumah sakit TK II Robert Wolter Mongisidi Terdapat 20 pasien yang mengalami rehospitalisasi pada 3 bulan terakhir, pada penyakit kronik seperti TB paru terdapat 12 pasien rehospitalisasi, penderita Gerd sebanyak 4 pasien yang mengalami rehospitalisasi, dan 4 pasien penderita penyakit akut . data rehospitalisasi tersebut karena pasien atau keluarga kurang memahami perawatan mandiri dirumah. Perencanaan pulang mempengaruhi rehospitalisasi.

Perencana kepulangan di Indonesia terimplementasikan dalam bentuk formulir kepulangan yang berisi tentang kontrol dan jadwal pengobatan yang harus pasien konsumsi. Model perencanaan pulang saat ini tidak melibatkan berbagai disiplin ilmu, dan perawat tidak melakukan terlalu banyak asesmen, intervensi, pendidikan, dan evaluasi terhadap pasien dan keluarganya yang bersiap dipulangkan. Kelemahan model ini adalah pasien dan keluarganya tidak memahami petunjuk perawatan diri setelah hospitalisasi, dan pasien lebih cenderung kembali ke rumah sakit. Selain itu, sebagian perawat memiliki pengetahuan yang terbatas tentang perencanaan pulang dan

pelaksanaan pulang tidak berjalan dengan efektif akibat tidak adanya standar operasional, alur pelaksanaan perencanaan pulang yang tidak jelas, dan tingginya beban kerja perawat sehingga mengurangi waktu melakukan perencanaan pulang (Sagita,dkk, 2017)

Kesiapan kepulangan pasien di Indonesia dapat bervariasi secara signifikan tergantung pada sejumlah faktor, termasuk sistem perawatan kesehatan, aksesibilitas layanan kesehatan, kondisi ekonomi, dan sosial masyarakat. Berikut adalah gambaran umum tentang kesiapan kepulangan pasien di Indonesia:

Sistem Perawatan Kesehatan: Indonesia memiliki sistem perawatan kesehatan yang terdiri dari berbagai jenis fasilitas, termasuk rumah sakit, puskesmas (pusat kesehatan masyarakat), dan fasilitas perawatan lainnya. Kesiapan kepulangan pasien tergantung pada tingkat perawatan yang mereka terima di fasilitas ini. Rumah sakit biasanya memiliki tim perawatan yang komprehensif untuk memastikan pemulangan pasien yang aman dan efektif.

Ketersediaan Layanan Kesehatan di Daerah Terpencil: Kesiapan kepulangan pasien dapat bervariasi antara daerah perkotaan dan pedesaan. Di daerah terpencil, aksesibilitas ke fasilitas kesehatan mungkin terbatas, dan pasien mungkin harus melakukan perjalanan jauh untuk mendapatkan perawatan yang sesuai.

Kemampuan Ekonomi Pasien: Kesiapan kepulangan juga terkait erat dengan kemampuan ekonomi pasien. Pasien yang memiliki sumber daya ekonomi yang kuat mungkin lebih mudah memenuhi kebutuhan mereka setelah pulang, termasuk pengadaan obat-obatan, alat medis, atau perawatan lanjutan yang diperlukan.

Dukungan Sosial: Kesiapan pulang pasien juga bergantung pada tingkat dukungan sosial yang mereka miliki dari keluarga atau komunitas. Pasien

yang memiliki dukungan sosial yang kuat mungkin lebih siap untuk pulang dan dapat memulihkan diri dengan lebih baik.

Pemahaman Pasien dan Keluarga: Edukasi kepada pasien dan keluarganya tentang kondisi kesehatan, perawatan yang diberikan, dan langkah-langkah yang perlu mereka ambil setelah pulang sangat penting. Pemahaman yang baik akan membantu pasien dan keluarga lebih siap dalam merawat diri mereka sendiri.

Lingkungan di Rumah: Kesiapan pulang juga bergantung pada kondisi dan keamanan lingkungan di rumah pasien. Rumah yang bersih, bebas hambatan, dan aman akan membantu pemulihan pasien.

Kesiapan Tim Perawatan: Tim perawatan kesehatan, termasuk dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya, berperan penting dalam memastikan kesiapan kepulangan pasien. Mereka harus mengidentifikasi kebutuhan pasien, merencanakan pemulangan, dan memberikan edukasi yang diperlukan.

Tindak Lanjut Pasca-Pulang: Kesiapan pasien juga melibatkan rencana tindak lanjut pasca-pulang, termasuk janji kontrol medis, penggunaan obat-obatan, dan terapi fisik jika diperlukan.

Pemantauan Pasca-Pulang: Pemantauan terhadap pasien setelah pulang sangat penting untuk memastikan bahwa pemulihan berjalan dengan baik dan jika ada masalah, mereka dapat ditangani dengan cepat.

Kesiapan kepulangan pasien adalah masalah penting dalam perawatan kesehatan, dan upaya terus-menerus harus dilakukan untuk memastikan bahwa pasien dapat pulang dengan aman dan dapat menjalani perawatan atau

pemulihan dengan baik di lingkungan mereka sendiri. Hal ini melibatkan kolaborasi antara pasien, keluarga, dan tim perawatan kesehatan.

Untuk mengurangi angka kejadian rehospitalisasi maka harus adanya model perencanaan pulang yang komprehensif dapat pasien dan keluarga gunakan. *Discharge Planning* model LIMA berkembang berdasarkan hasil temuan survey, kajian teori dan hasil penelitian. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa pengembangan perencanaan pulang model LIMA mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pelaksanaan perencanaan pulang yang perawat lakukan (Fitri, dkk 2018). *Discharge Planning* model LIMA terdiri dari beberapa proses, yaitu Libatkan pasien dan keluarga dalam proses perencanaan pulang; Identifikasi kebutuhan perencanaan pulang pasien dan keluarga; Metode 3 langkah dalam perencanaan pulang (saat pasien pertama dirawat di rumah sakit, satu hari sebelum pasien pulang, dan saat hari kepulangan pasien); Analisis dan evaluasi kesiapan pasien dan keluarga (Fitri, dkk 2018).

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti tertarik untuk mengambil penelitian dengan judul “Pengaruh *Discharge Planning* Model LIMA Dengan Kesiapan Pulang Pasien Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit TK II Robert Wolter Mongisidi Manado”

BAB II

DISCHARGE PLANNING MODEL LIMA

A. Definisi *Discharge Planning*

Discharge Planning keperawatan adalah komponen yang terkait dengan intervensi keperawatan atau yang sering disebut dengan keperawatan berkesinambungan, dimana perawatan yang diperlukan oleh pasien harus diberikan dimanapun keberadaan pasien. Kegagalan untuk merekomendasikan dan mendokumentasikan rencana pulang akan berisiko terhadap tingkat beratnya penyakit, tuntutan hidup dan disfungsi fisik. Pada perencanaan pulang diharuskan komunikasi yang baik dan tertuju pada apa yang disampaikan sehingga dapat dimengerti dan berguna untuk proses keperawatan di rumah. (Rosyidi. 2013)

Discharge Planning bisa tercapai apabila prosesnya terkonsentrasi, terkoordinasi, dan terdiri dari berbagai disiplin ilmu untuk rencana perawatan selanjutnya pada pasien setelah meninggalkan Rumah Sakit. Tujuan pasien yang diberikan perawatan setelah rawat inap yaitu mereka yang membutuhkan bantuan selama masa penyembuhan dari penyakit akut untuk mencegah atau mengelola penurunan kondisi akibat penyakit kronis. Petugas yang merencanakan pemulangan atau koordinator asuhan berkelanjutan merupakan staf rumah sakit yang berfungsi sebagai konsultan untuk proses *Discharge Planning* dan fasilitas kesehatan, menyediakan Pendidikan kesehatan, mendorong staf rumah sakit untuk merencanakan serta melaksanakan *Discharge Planning* . Misalnya, pasien yang memerlukan

bantuan sosial, nutrisi, keuangan, psikologi, transportasi setelah rawat inap (Nursalam, 2016).

Discharge Planning yaitu suatu proses yang diperlukan untuk menentukan apa yang harus pasien lakukan untuk dapat meningkatkan kesehatannya. Sebelumnya, discharge planning dikatakan sebagai suatu layanan untuk membantu pasien dalam mengatur perawatan yang diperlukan setelah tinggal di rumah sakit. Hal ini termasuk layanan untuk perawatan di rumah, masa pemulihan, perawatan medis rawat jalan, dan bantuan lainnya. Sekarang *Discharge Planning* dikatakan sebagai proses yang dimulai saat pasien masuk dan tidak berakhir sampai pasien dipulangkan. Keluar dari rumah sakit tidak berarti bahwa pasien telah sembuh total. Hal ini hanya berarti bahwa dokter telah menentukan bahwa kondisi pasien cukup baik untuk melakukan perawatan di rumah. *Discharge Planning* juga merupakan suatu proses interdisiplin yang menilai perlunya sebuah perawatan tindak lanjut dan seseorang untuk mengatur perawatan tindak lanjut tersebut kepada pasien, baik perawatan diri yang diberikan oleh anggota keluarga, perawatan dari tim profesional kesehatan atau gabungan dari keduanya untuk meningkatkan dan mempercepat kesembuhan pasien.

Discharge Planning memiliki pengaruh yang penting dalam pelayanan kesehatan diantaranya dapat mengurangi rawat inap pasien dengan identifikasi awal dan intervensi yang tepat untuk perawatan berkelanjutan dan kebutuhan pasien lainnya, sehingga terdapat kelanjutan perawatan antara pengaturan perawatan kesehatan dan masyarakat berdasarkan kebutuhan individu (*Discharge Planning Association*, 2016).

B. Tujuan *Discharge Planning*

Discharge Planning merupakan kolaborasi antara keperawatan, pasien dan keluarga setelah rawat inap, yang bertujuan untuk mempersiapkan kemandirian pasien dan keluarga secara fisik, psikologis, sosial, pengetahuan, keterampilan perawatan di rumah. Hal tersebut dilakukan untuk mengurangi rasa sakit saat kambuh, serta bertukar informasi antara pasien sebagai penerima layanan dengan perawat selama rawat inap sampai keluar dari rumah sakit (Nursalam, 2016).

Tujuan dari dilakukannya *Discharge Planning* sangat baik untuk kesembuhan dan pemulihan pasien setelah pulang dari rumah sakit. Tujuan *Discharge Planning* /perencanaan pulang antara lain sebagai berikut:

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

Tujuan dari *Discharge Planning* atau perencanaan pulang adalah memastikan bahwa pasien yang meninggalkan fasilitas perawatan kesehatan, seperti rumah sakit atau pusat rehabilitasi, dapat melakukan pemulihan yang optimal di lingkungan mereka sendiri. Tujuan utama dari *Discharge Planning* adalah sebagai berikut:

Kontinuitas Perawatan: Memastikan kontinuitas perawatan pasien. Ini mencakup mengoordinasikan perawatan dengan dokter atau penyedia layanan kesehatan lainnya yang akan merawat pasien setelahnya, seperti dokter keluarga atau dokter spesialis.

Pemantauan Kondisi: Memberikan pemahaman kepada pasien dan keluarganya tentang cara memantau dan mengelola kondisi mereka sendiri di rumah. Hal ini membantu dalam mendeteksi perubahan yang mungkin memerlukan perawatan tambahan lebih awal.

Penghindaran Rehospitalisasi: Mengurangi risiko rehospitalisasi, yaitu situasi di mana pasien harus kembali ke rumah sakit dalam waktu singkat setelah keluar. Ini dapat mengurangi biaya perawatan kesehatan dan meminimalkan ketidaknyamanan bagi pasien.

Kepuasan Pasien: Memastikan pasien merasa dipersiapkan dengan baik untuk pulang dan memiliki pemahaman yang jelas tentang rencana perawatan mereka. Pasien yang merasa dipersiapkan dengan baik cenderung lebih puas dengan pengalaman perawatan mereka.

Penghematan Biaya: Mengoptimalkan penggunaan sumber daya perawatan kesehatan dengan menghindari perawatan yang tidak perlu dan meminimalkan biaya perawatan yang tidak efektif.

Mengoptimalkan Sumber Daya: Mengoptimalkan penggunaan sumber daya kesehatan, termasuk tempat tidur rumah sakit dan tenaga medis. Dengan mengalokasikan sumber daya dengan lebih efisien, fasilitas kesehatan dapat memberikan perawatan yang lebih baik kepada pasien lain yang membutuhkannya.

Meningkatkan Pemahaman Pasien dan Keluarga: Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga mereka untuk memahami rencana perawatan dengan lebih baik. Ini mencakup pengajaran tentang penggunaan

obat, tanda-tanda peringatan yang harus diperhatikan, dan langkah-langkah yang harus diambil dalam situasi darurat.

Kepatuhan Terhadap Perawatan: Memastikan bahwa pasien cenderung lebih patuh terhadap perawatan mereka, seperti mengikuti resep obat dan menjalani perawatan yang direkomendasikan.

Pemantauan Psikososial: Memungkinkan pengidentifikasian masalah psikososial yang mungkin mempengaruhi pemulihan pasien, seperti dukungan sosial yang kurang, masalah finansial, atau masalah psikologis. Hal ini memungkinkan tim perawatan untuk memberikan sumber daya dan dukungan yang sesuai.

Kemampuan Pasien untuk Mandiri: Membantu pasien menjadi lebih mandiri dalam merawat diri mereka sendiri atau merawat orang yang mereka cintai. Ini mencakup memberikan pendidikan tentang cara mengelola penyakit atau kondisi mereka sendiri.

Dengan demikian, *Discharge Planning* adalah komponen penting dalam perawatan pasien yang bertujuan untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang tepat, aman, dan berkelanjutan setelah mereka meninggalkan fasilitas perawatan kesehatan.

C. Manfaat *Discharge Planning*

Perencanaan pulang mempunyai manfaat antara lain yaitu, Memberi kesempatan kepada pasien untuk mendapat pemberian perawatan selama di rumah sakit sehingga bisa dimanfaatkan sewaktu di rumah. Tindak lanjut yang sistematis yang digunakan untuk menjamin kelangsungan keperawatan pasien.

Mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada tingkat kesembuhan Pasien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan keperawatan baru. Membantu kemandirian pasien dalam menyiapkan keperawatan rumah, dan bermanfaat dalam menurunkan jumlah kekambuhan (Dangoes, dkk, 2014).

Manfaat lain dari *Discharge Planning* , adalah sebagai berikut:

1. Memberikan tindaklanjut secara sistematis guna memberikan perawatan selanjutnya kepada pasien.
2. Mengevaluasi pengaruh dari rencana yang telah disusun.
3. Setelah pasien dipulangkan, pasien dan keluarga dapat mengetahui apa yang telah dilakukan, apa yang harus dan tidak harus dilakukan serta bagaimana mereka dapat meneruskan untuk mengembangkan status kesehatanpasien (Nursalam,2016).

Resume pulang dapat disampaikan oleh perawat praktisi atau perawat home care dan mungkin bisa dikirim ke dokter yang terlibat untuk dimasukkan dalam catatan institusi untuk meningkatkan kelanjutan perawatan dengan kerja yang terus-menerus ke arah tujuan dan pemantauan kebutuhan.

Discharge Planning adalah proses yang sangat penting dalam perawatan pasien di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya. Manfaat dari perencanaan ini sangat beragam dan termasuk:

1. **Kontinuitas Perawatan:** Salah satu manfaat utama dari *Discharge Planning* adalah memastikan kontinuitas perawatan pasien setelah mereka keluar dari rumah sakit. Ini mencakup mengoordinasikan perawatan dengan dokter atau penyedia layanan kesehatan lainnya yang akan merawat pasien setelahnya, seperti dokter keluarga atau dokter spesialis.
2. **Pemantauan Kondisi:** Dengan merencanakan keluar dengan baik, pasien dapat diberikan instruksi yang jelas tentang cara memantau dan mengelola kondisi mereka sendiri di rumah. Ini membantu dalam mendeteksi perubahan yang mungkin memerlukan perawatan tambahan lebih awal.
3. **Penghindaran Rehospitalisasi:** *Discharge Planning* yang efektif dapat membantu mengurangi risiko rehospitalisasi, yaitu situasi di mana pasien harus kembali ke rumah sakit dalam waktu singkat setelah keluar. Ini dapat mengurangi biaya perawatan kesehatan dan meminimalkan ketidaknyamanan bagi pasien.
4. **Kepuasan Pasien:** Pasien yang merasa dipersiapkan dengan baik untuk pulang dan memiliki pemahaman yang jelas tentang rencana perawatan mereka cenderung lebih puas dengan pengalaman perawatan mereka.
5. **Penghematan Biaya:** Dengan memastikan pasien memiliki rencana perawatan yang sesuai setelah pulang, rumah sakit dapat menghindari perawatan yang tidak perlu dan meminimalkan biaya perawatan yang tidak efektif.

6. Mengoptimalkan Sumber Daya: *Discharge Planning* membantu mengoptimalkan penggunaan sumber daya kesehatan, termasuk tempat tidur rumah sakit dan tenaga medis. Dengan mengalokasikan sumber daya dengan lebih efisien, fasilitas kesehatan dapat memberikan perawatan yang lebih baik kepada pasien lain yang membutuhkannya.
7. Meningkatkan Pemahaman Pasien dan Keluarga: Proses perencanaan ini juga memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga mereka untuk memahami rencana perawatan dengan lebih baik. Ini mencakup pengajaran tentang penggunaan obat, tanda-tanda peringatan yang harus diperhatikan, dan langkah-langkah yang harus diambil dalam situasi darurat.
8. Kepatuhan Terhadap Perawatan: Dengan merencanakan keluar dengan baik, pasien cenderung lebih patuh terhadap perawatan mereka, seperti mengikuti resep obat dan menjalani perawatan yang direkomendasikan.
9. Pemantauan Psikososial: *Discharge Planning* juga memungkinkan pengidentifikasian masalah psikososial yang mungkin mempengaruhi pemulihan pasien, seperti dukungan sosial yang kurang, masalah finansial, atau masalah psikologis. Hal ini memungkinkan tim perawatan untuk memberikan sumber daya dan dukungan yang sesuai.
10. Kemampuan Pasien untuk Mandiri: *Discharge Planning* berfokus pada membantu pasien menjadi lebih mandiri dalam merawat diri mereka sendiri atau merawat orang yang mereka cintai. Ini mencakup memberikan pendidikan tentang cara mengelola penyakit atau kondisi mereka sendiri.

Dengan demikian, *Discharge Planning* adalah komponen penting dalam perawatan pasien yang bertujuan untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang tepat, aman, dan berkelanjutan setelah mereka meninggalkan fasilitas perawatan kesehatan.

D. Prinsip *Discharge Planning*

Prinsip yang diterapkan dalam *Discharge Planning* menurut Nursalam, 2016 yaitu pasien sebagai sasaran dalam *Discharge Planning* sehingga harus dilakukan pengkajian terhadap nilai keinginan dan kebutuhan pasien berdasarkan pengetahuan dari tenaga atau sumber daya maupun fasilitas yang tersedia di masyarakat. Selanjutnya kebutuhan tersebut dapat dirangkaikan dengan masalah yang mungkin terjadi pada saat pasien keluar dari rumah sakit. Melalui pengkajian tersebut diharapkan dapat menurunkan resiko masalah yang timbul setelah rawat inap. Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif pada setiap sistem pelayanan kesehatan dan diperlukan kerja sama yang baik antar petugas.

Discharge Planning adalah proses yang kompleks dan melibatkan sejumlah prinsip penting untuk memastikan perawatan pasien yang efektif dan aman setelah mereka meninggalkan fasilitas perawatan kesehatan. Berikut adalah beberapa prinsip utama dalam *Discharge Planning* :

1. Pasien dan Keluarga sebagai Mitra: Prinsip utama dalam *Discharge Planning* adalah melibatkan pasien dan keluarganya sebagai mitra aktif dalam perencanaan perawatan. Ini mencakup memberikan informasi yang jelas kepada pasien dan keluarga tentang rencana perawatan, memberikan kesempatan untuk

bertanya, dan mendengarkan kekhawatiran atau pertanyaan mereka.

2. Individualisasi: Setiap pasien adalah individu yang unik dengan kebutuhan, kondisi, dan latar belakang yang berbeda. *Discharge Planning* harus disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik pasien secara individual. Ini mencakup mengidentifikasi risiko kesehatan yang spesifik, mendengarkan preferensi pasien, dan merancang rencana yang sesuai.
3. Tim Multidisiplin: *Discharge Planning* melibatkan kolaborasi dari berbagai profesional perawatan kesehatan, termasuk dokter, perawat, ahli farmasi, pekerja sosial, terapis fisik atau okupasi, dan lainnya. Kolaborasi tim multidisiplin ini penting untuk mengidentifikasi dan mengatasi berbagai aspek perawatan pasien.
4. Edukasi Pasien: Memberikan edukasi yang memadai kepada pasien tentang kondisi mereka, pengobatan yang diresepkan, langkah-langkah pemantauan, dan tanda-tanda peringatan yang harus diperhatikan adalah prinsip kunci. Pasien dan keluarga harus memiliki pemahaman yang jelas tentang bagaimana merawat diri mereka sendiri di rumah.
5. Evaluasi Kebutuhan Pascakeluar: Tim perawatan harus melakukan evaluasi menyeluruh tentang kebutuhan pasien setelah pulang. Ini mencakup penilaian kebutuhan medis, kebutuhan rehabilitasi, dukungan sosial, dan perawatan lanjutan yang mungkin diperlukan.
6. Rencana Perawatan yang Terinci: *Discharge Planning* harus menghasilkan rencana perawatan yang sangat terinci, mencakup jadwal pengobatan, perawatan khusus yang diperlukan, dan langkah-langkah pemantauan. Rencana ini harus menjadi

panduan yang jelas bagi pasien dan semua anggota tim perawatan.

7. Pengaturan Tindak Lanjut: Prinsip ini melibatkan mengoordinasikan janji kontrol pasca-discharge dan menghubungkan pasien dengan penyedia layanan kesehatan setelah mereka keluar. Ini termasuk merencanakan kunjungan berikutnya dengan dokter, terapis, atau spesialis yang relevan.
8. Evaluasi dan Pemantauan Berkala: *Discharge Planning* bukanlah langkah akhir, melainkan proses berkelanjutan. Perlu ada evaluasi dan pemantauan berkala untuk memastikan bahwa rencana perawatan masih relevan dan efektif. Hal ini juga melibatkan mendeteksi potensi masalah atau komplikasi yang mungkin muncul setelah pasien pulang.
9. Komunikasi yang Efektif: Komunikasi yang efektif antara semua anggota tim perawatan, pasien, dan keluarga sangat penting. Semua informasi perawatan harus disampaikan dengan jelas, dan pertukaran informasi yang lancar antara berbagai profesional perawatan kesehatan harus dipastikan.
10. Privasi dan Keamanan: *Discharge Planning* harus memperhatikan privasi dan keamanan pasien. Ini termasuk memastikan bahwa informasi medis pasien dilindungi dan bahwa pasien merasa aman dalam mengikuti rencana perawatan mereka.

Prinsip-prinsip ini membantu memastikan bahwa *Discharge Planning* berjalan dengan baik dan membantu pasien mencapai pemulihan yang optimal setelah meninggalkan fasilitas perawatan kesehatan.

E. Discharge Planing Model LIMA

Perencanaan pulang model LIMA adalah pengembangan dari perencanaan pulang yang disusun berdasarkan analisa pustaka, yang secara sistematis dapat membantu perawat dalam melakukan perencanaan pemulangan yang tepat bagi pasien dan keluarga. Perencanaan pulang model LIMA terdiri dari (1) Libatkan pasien dan keluarga dalam proses perencanaan pulang; (2) Identifikasi kebutuhan perencanaan pulang pasien dan keluarga; (3) Metode 3 langkah dalam perencanaan pulang, yaitu saat pasien baru masuk rumah sakit, satu hari sebelum pasien pulang, dan pada hari pasien pulang; (4) Analisis dan evaluasi kesiapan pasien dan keluarga (Fitri, 2018).

Perencanaan pulang model LIMA adalah pendekatan yang digunakan dalam pengaturan layanan kesehatan untuk merencanakan dan memfasilitasi pemulangan pasien dengan lebih efisien dan efektif. Singkatan "LIMA" mewakili lima tahap utama dalam perencanaan pulang:

1. *Liaison* (Hubungan): Tahap pertama adalah pendekatan awal untuk merencanakan pemulangan pasien. Pada tahap ini, seorang koordinator perencanaan pulang atau petugas kesehatan yang berpengalaman akan mengidentifikasi pasien yang memerlukan perawatan pulang dan memulai komunikasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim perawatan kesehatan lainnya. Mereka juga akan melakukan penilaian awal terhadap kebutuhan pasien setelah pulang.
2. *Identification* (Identifikasi): Tahap kedua adalah identifikasi kebutuhan pasien secara lebih rinci. Tim perawatan akan mengidentifikasi semua kebutuhan medis dan non-medis yang

perlu dipenuhi setelah pasien pulang. Ini termasuk pengobatan, perawatan lanjutan, alat bantu, dukungan sosial, dan lainnya. Selama tahap ini, akan dijelaskan kepada pasien dan keluarga apa yang diharapkan dari mereka dalam pemulangan.

3. *Mobilization* (Mobilisasi): Tahap ketiga adalah langkah-langkah konkret yang diambil untuk memfasilitasi pemulangan pasien. Ini mencakup mengatur perawatan medis yang diperlukan, seperti resep obat dan janji kontrol. Selain itu, perencanaan pemulangan juga akan mencakup langkah-langkah praktis seperti persiapan rumah agar sesuai dengan kebutuhan pasien, pengaturan transportasi pulang, dan pembicaraan dengan pasien dan keluarga tentang tindakan yang perlu mereka ambil.
4. *Assistance* (Bantuan): Tahap keempat adalah memberikan bantuan konkret kepada pasien dan keluarga dalam melaksanakan rencana pemulangan. Ini mungkin mencakup pelatihan untuk merawat diri sendiri atau orang yang mereka cintai, pengorganisasian dukungan sosial atau layanan rumah sakit, dan memfasilitasi komunikasi dengan penyedia layanan kesehatan di luar fasilitas perawatan.
5. *Follow-Up* (Tindak lanjut): Tahap terakhir adalah melanjutkan pemantauan pasien setelah pemulangan. Ini mencakup mengatur kunjungan kontrol pasca-discharge, memastikan bahwa pasien mengikuti rencana perawatan mereka, dan mengevaluasi apakah ada masalah yang muncul setelah pulang yang perlu ditangani.

Model LIMA dirancang untuk memastikan bahwa pemulangan pasien dilakukan dengan cermat dan meminimalkan risiko rehospitalisasi yang tidak perlu. Ini melibatkan kolaborasi tim perawatan kesehatan yang kuat dan komunikasi yang baik antara semua pihak yang terlibat, termasuk pasien, keluarga, dan penyedia layanan kesehatan.

BAB III

KONSEP KESIAPAN PULANG PASIEN

A. Defenisi Kesiapan Pulang Pasien (Pemulangan)

Perencanaan untuk pemulangan pasien dimulai saat pasien masuk ke fasilitas. Rencana asuhan keperawatan diperbaiki dan diselesaikan selama pasien dirawat inap. Saat pulang, masalah keperawatan dapat teratasi atau mengalami kemajuan ke arah penyelesaian dan rencana tindak lanjut. Pasien dan keluarga dilatih tentang penyakit, dan mereka mempunyai kesempatan untuk mengaplikasikan prosedur dan pemahaman tentang perawatan, medikasi, dan diet khusus. Pasien diberikan informasi pada siapa yang harus dihubungi jika terdapat pertanyaan atau masalah.

Pemulangan dari pusat pemulihan seperti pemulangan dari fasilitas perawatan jangka panjang, dengan tujuan pemulangan pasien ke rumah adalah untuk melakukan perawatan diri dengan segera. (Trwiwibowo 2013).

Untuk menentukan bahwa pasien dan anggota keluarga sudah mengerti, penting agar mereka mampu memberikan informasi dan mengulangi kembali contoh tentang prosedur (Rosdahl & Kowalski, 2014).

Kesiapan pulang pasien, atau pemulangan pasien, merujuk pada kondisi fisik, mental, sosial, dan lingkungan pasien yang memungkinkan mereka untuk diberikan izin pulang dari fasilitas perawatan kesehatan, seperti rumah sakit atau pusat rehabilitasi, dengan aman dan efektif. Dalam konteks perawatan kesehatan, kesiapan pulang adalah suatu indikasi bahwa pasien

telah memenuhi kriteria tertentu yang memungkinkan mereka untuk kembali ke lingkungan mereka dan melanjutkan perawatan atau pemulihan di luar fasilitas perawatan kesehatan.

Definisi kesiapan pulang pasien meliputi beberapa aspek kunci:

1. **Kondisi Medis yang Stabil:** Pasien harus dalam kondisi medis yang stabil, artinya kondisi kesehatan mereka telah membaik atau terkendali dan tidak ada risiko yang signifikan untuk memburuk setelah pulang.
2. **Kemampuan Merawat Diri:** Pasien harus memiliki kemampuan untuk merawat diri sendiri atau menerima perawatan yang diperlukan di rumah atau dengan bantuan orang lain. Ini termasuk kemampuan untuk mengambil obat, menjalani perawatan fisik, atau merawat luka.
3. **Kemampuan Fungsional yang Memadai:** Pasien harus memiliki kemampuan fungsional yang memadai untuk mengatasi aktivitas sehari-hari di lingkungan mereka, seperti mandi, makan, berpindah dari tempat tidur, dan berjalan.
4. **Dukungan Sosial:** Kesiapan pulang juga mencakup aspek sosial. Pasien harus memiliki dukungan sosial yang memadai di lingkungan mereka, baik dari anggota keluarga, teman, atau layanan kesehatan di komunitas, yang dapat membantu mereka selama pemulangan.
5. **Rekomendasi Medis:** Pasien harus menerima rekomendasi medis yang jelas dan rinci tentang apa yang harus dilakukan setelah pulang, termasuk penggunaan obat, jadwal kunjungan dokter, terapi fisik, dan instruksi lainnya.

6. Lingkungan Aman: Lingkungan di rumah pasien harus aman dan memadai untuk pemulangan. Ini mencakup aspek seperti kebersihan, ketersediaan alat bantu yang diperlukan, dan pengelolaan risiko yang mungkin ada di lingkungan tersebut.
7. Perencanaan Transportasi: Pasien harus memiliki rencana transportasi yang aman dan efektif untuk kembali ke rumah atau tempat tinggal mereka.

Pemulangan pasien adalah bagian penting dari perawatan kesehatan yang memerlukan perencanaan yang cermat dan kolaborasi antara tim perawatan kesehatan, pasien, dan keluarga. Penting untuk memastikan bahwa pasien memenuhi semua kriteria kesiapan pulang sebelum diberikan izin untuk pulang demi keselamatan dan pemulihan yang optimal.

B. Indikator Pasien Pulang

1. Melakukan pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga berkaitan dengan:
 - a. informasi tentang penyakit seperti tanda dan gejala, komplikasi,
 - b. informasi tentang obat – obatan dirumah,
 - c. informasi tentang pengobatan dan perawatan lanjutan seperti perawatan diri (makan dan minum, kebersihan diri, penggunaan kamar mandi, latihan fisik, cara berpindah) dan pengendalian faktor resiko (hipertensi, diet, aktivitas fisik, merokok, kolesterol, dan sebagainya) serta pengontrolan/pemeriksaan kesehatan ulang,
 - d. sumber pelayanan kesehatan di masyarakat yang dapat digunakan.

2. Memberikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya atau berdiskusi tentang isu yang berkaitan dengan perawatan di rumah.
3. Melakukan evaluasi pada klien dan keluarga terhadap demonstrasi yang telah dilakukan seperti cara penggunaan alat bantu berjalan.
4. Melakukan dokumentasi terhadap informasi yang diberikan meliputi diagnosis penyakit, pengkajian yang dilakukan dan hasilnya, obat – obatan dan masa pengobatan, pengajuan atau perkembangan penyakit, kemampuan dan pemulihan, tim perencanaan perawatan, investigasi lain
5. yang dibutuhkan pelayanan kesehatan utama dan rumah sakit, waktu, rencana pemindahan, nama pasien, dokter dan perawat, nomor telepon yang dapat dihubungi dan kapan informasi serta pemulangan dilakukan (Yaslina, 2012).

Indikator pasien pulang adalah parameter atau tanda-tanda yang digunakan untuk mengukur atau mengevaluasi kesiapan dan hasil pemulangan pasien dari fasilitas perawatan kesehatan. Indikator ini membantu tim perawatan kesehatan dan peneliti untuk memahami sejauh mana pemulangan pasien berjalan dengan baik dan apakah tujuan pemulangan telah tercapai. Berikut adalah beberapa indikator umum yang digunakan dalam evaluasi pemulangan pasien:

Rehospitalisasi: Tingkat rehospitalisasi mengukur berapa banyak pasien yang harus kembali ke fasilitas perawatan kesehatan dalam waktu singkat setelah pemulangan. Tingkat rehospitalisasi yang tinggi mungkin mengindikasikan masalah dalam perencanaan pemulangan atau pemantauan pasca-pemulangan.

Kejadian Adverse Events: Indikator ini mencakup kejadian-kejadian yang tidak diharapkan atau komplikasi yang terjadi setelah pemulangan, seperti infeksi nosokomial, luka tekan, atau efek samping obat yang serius.

Kualitas Hidup: Penilaian terhadap kualitas hidup pasien setelah pemulangan. Ini dapat mencakup aspek fisik, emosional, sosial, dan psikologis dari kehidupan pasien.

Kepatuhan Terhadap Perawatan: Menilai sejauh mana pasien mematuhi rencana perawatan yang direkomendasikan setelah pemulangan, seperti mengikuti resep obat, menjalani terapi fisik, atau merawat diri sendiri dengan benar.

Kepuasan Pasien: Penilaian kepuasan pasien terhadap pengalaman pemulangan mereka. Pasien yang merasa puas cenderung lebih siap dan termotivasi untuk merawat diri mereka sendiri dengan baik.

Pemulihan Kondisi Medis: Evaluasi pemulihan kondisi medis pasien setelah pemulangan, termasuk perbaikan gejala dan perubahan dalam parameter medis seperti tekanan darah atau kadar gula darah.

Pemulihan Fungsional: Menilai kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan fungsional seperti berjalan, mandi, atau makan setelah pemulangan.

Kepemilikan Obat-obatan: Mengukur apakah pasien memiliki obat-obatan yang diperlukan setelah pemulangan dan memahami bagaimana cara menggunakannya dengan benar.

Ketepatan Waktu Kunjungan Kontrol: Mengukur apakah pasien menjalani kunjungan kontrol medis sesuai dengan rencana pemulangan yang direkomendasikan.

Dukungan Sosial: Menilai tingkat dukungan sosial yang tersedia bagi pasien di rumah, seperti dukungan dari keluarga, teman, atau layanan sosial.

Kejadian Darurat: Mengukur apakah pasien dapat mengenali dan mengatasi situasi darurat yang mungkin muncul setelah pemulangan, seperti tanda-tanda peringatan kesehatan yang memerlukan perhatian medis segera.

Indikator-indikator ini membantu dalam memahami kesuksesan pemulangan pasien dan membantu mengidentifikasi area yang mungkin memerlukan perbaikan dalam proses perencanaan dan pelaksanaan pemulangan. Evaluasi yang cermat terhadap indikator-indikator ini penting untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien di fasilitas perawatan kesehatan.

C. Faktor-Faktor Kesiapan

Beberapa faktor kesiapan menurut Slameto (2013) terdiri dari 3 aspek yaitu aspek yang pertama kondisi fisik, mental, dan emosional, aspek kedua yaitu: kebutuhan-kebutuhan, motif, dan tujuan, aspek yang ketiga adalah ketrampilan, pengetahuan dan pengertian lain yang telah dipelajari. Ketiga aspek tersebut akan mempengaruhinya dan memenuhi berbuat sesuatu atau jadi berbuat sesuatu, kondisi fisik diantaranya; lelah, keadaan, alat indera dan yang permanen (cacat tubuh) serta kondisi mental yaitu kecerdasan. Faktor lain menurut Serawati (2015) adalah umur, tingkat pendidikan, pengetahuan, sistem dukungan sosial dan pelayanan kesehatan.

Kesiapan pasien pulang adalah hal yang sangat penting dalam memastikan bahwa pasien dapat kembali ke lingkungan mereka dengan aman dan efektif setelah menerima perawatan di fasilitas kesehatan. Faktor-faktor berikut ini dapat memengaruhi kesiapan pasien untuk pulang:

1. **Kondisi Medis:** Kondisi medis pasien adalah faktor utama. Pasien harus dalam kondisi yang memadai dan stabil untuk pulang. Ini mencakup perbaikan gejala, pengendalian infeksi, dan pemantauan kondisi kronis yang ada. Kondisi medis yang belum sepenuhnya terkendali atau yang memerlukan perawatan tambahan mungkin menghambat pemulangan.
2. **Kemampuan Fungsional:** Pasien harus memiliki kemampuan fungsional yang memadai untuk menjalani aktivitas sehari-hari di rumah mereka, seperti berpindah dari tempat tidur, mandi, berjalan, dan makan. Kemampuan ini dapat dipengaruhi oleh kondisi fisik dan rehabilitasi.
3. **Dukungan Sosial:** Kesiapan pasien juga bergantung pada tingkat dukungan sosial yang tersedia. Pasien perlu memiliki dukungan dari anggota keluarga atau teman yang dapat membantu mereka dengan perawatan, pengadaan makanan, transportasi, atau bantuan lainnya. Kurangnya dukungan sosial dapat menjadi hambatan.
4. **Kemampuan Merawat Diri:** Pasien harus memiliki kemampuan untuk merawat diri sendiri, termasuk mengambil obat-obatan, menjalani perawatan fisik jika diperlukan, dan merawat luka jika ada. Bila diperlukan, pasien juga harus memahami instruksi perawatan yang diberikan oleh tim perawatan.

5. Lingkungan yang Aman: Lingkungan di rumah pasien harus aman dan memadai untuk pemulangan. Ini mencakup kebersihan rumah, pengelolaan risiko seperti tumpahan kabel atau permukaan licin, dan ketersediaan alat bantu jika diperlukan.
6. Rekomendasi Medis: Pasien harus memahami dan bersedia mengikuti rekomendasi medis yang diberikan oleh tim perawatan. Ini dapat mencakup penggunaan obat-obatan sesuai petunjuk, menjalani terapi fisik, atau merencanakan kunjungan dokter atau perawatan lainnya.
7. Pemahaman Pasien: Penting bahwa pasien memiliki pemahaman yang memadai tentang kondisi mereka, perawatan yang telah diberikan, dan tindakan yang perlu mereka ambil setelah pulang. Edukasi dan komunikasi yang efektif dari tim perawatan adalah kunci dalam memastikan pemahaman ini.
8. Transportasi: Pasien perlu memiliki rencana transportasi yang aman dan efisien untuk kembali ke rumah atau tempat tinggal mereka setelah pulang. Ini mencakup pemilihan kendaraan yang sesuai dan pengaturan perjalanan.
9. Aspek Psikososial: Faktor-faktor psikososial, seperti tingkat kecemasan atau depresi, juga dapat memengaruhi kesiapan pasien pulang. Pemantauan dan dukungan emosional mungkin diperlukan.

Kesiapan pasien pulang adalah hasil dari evaluasi yang cermat oleh tim perawatan kesehatan, termasuk dokter, perawat, terapis, dan pekerja sosial. Setiap pasien adalah individu yang unik, dan perencanaan pemulangan harus disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi pasien secara khusus. Jika ada kekhawatiran tentang kesiapan pasien, langkah-langkah tambahan atau

penundaan pemulangan mungkin diperlukan untuk memastikan keselamatan dan pemulihan yang optimal.

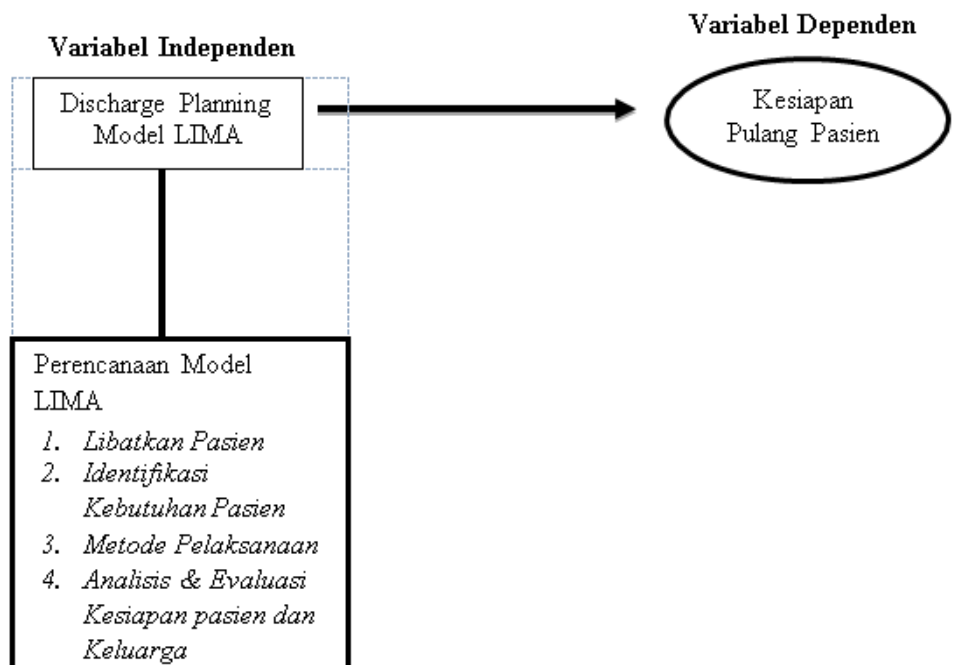
BAB IV

PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* MODEL LIMA UNTUK KESIAPAN PULANG PASIEN

A. Kerangka Konsep Penelitian

1. Konsep Penelitian

Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri atas variabel independent dan dependent adapun yang termasuk kedalam variable independent (bebas) dalam penelitian ini adalah Hypnoterapi. Sedangkan variable dependent nya (terikat) adalah Tingkat Stress. Dibawah ini merupakan gambaran kerangka konsep dalam penelitian ini yaitu:

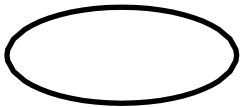


Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :



: Variabel Independen yang akan di teliti



: Variabel Dependen yang akan di teliti



: Garis Mempengaruhi Variabel



: Garis Hubungan Variabel

2. Hipotesis

Menurut Sugiyono (2016), Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian. Hipotesis adalah suatu pernyataan yang bersifat sementara yang perlu diuji kebenarannya. Hipotesis penelitian ini adalah:

Hipotesa ini dibagi menjadi dua macam penelitian ini, yaitu hipotesa nol (H_0) dan hipotesa alternatif (H_a). Hipotesa nol (H_0) merupakan hipotesa yang di gunakan dalam mengukur statistik serta intepretasi hasil statistik, sedangkan hipotesa alternatif merupakan hipotesa yang menyatakan adanya pengaruh atau ada perbedaan antara 2 atau lebih variabel (Nursalam, 2012). hipotesa pada penelitian ini, antara lain:

H_a : Ada Pengaruh *Discharge Planning* Model LIMA terhadap Kesiapan Pulang Pasien Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit TK II Robert Wolter Mongisidi Manado.

H0 : Tidak ada Pengaruh *Discharge Planning* Model LIMA terhadap Kesiapan Pulang Pasien Di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit TK II Robert Wolter Mongisidi Manado

3. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah salah satu bentuk untuk memudahkan peneliti dalam memahami setiap variabel penelitian di waktu akan menganalisis setiap variabel (Nursalam, 2013).

Definisi operasional dalam penelitian adalah proses mengubah konsep atau variabel yang abstrak menjadi definisi yang lebih konkret dan terukur sehingga dapat diukur, diamati, atau diobservasi dalam konteks penelitian. Ini dilakukan untuk memastikan bahwa variabel-variabel yang digunakan dalam penelitian dapat diukur secara konsisten dan obyektif.

Definisi operasional menjawab pertanyaan tentang "Bagaimana kita akan mengukur atau mengamati variabel ini dalam penelitian kita?" Ini melibatkan menguraikan parameter dan prosedur yang akan digunakan untuk mengukur atau mengamati variabel tertentu. Definisi operasional juga membantu memastikan bahwa hasil penelitian dapat diandalkan dan dapat direplikasi oleh peneliti lain.

Tabel 1. Definisi Operasional

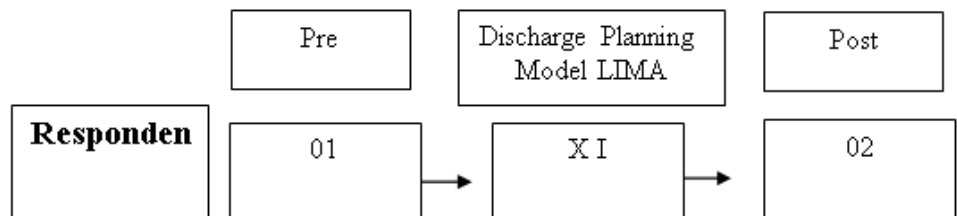
No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1	Independent <i>Discharge Planning Model LIMA</i>	kegiatan perencanaan yang merupakan proses berkesinambungan menyiapkan perawatan mandiri pasien pasca rawat inap, yang melibatkan pasien dan keluarga yang di terapkan Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit TK II Robert Wolter Mongisidi Manado.	Menilai proses <i>Discharge Planning Model LIMA</i> : L:libatkan Keluarga dan pasien dalam perencanaan pulang. I:identifikasi kebutuhan perencanaan pulang pasien dan keluarga, M: Metode 3 langkah dalam perencanaan	Standar Operasi Prosedur		

			pulang (saat pasien pertama dirawat di rumah sakit, satu hari sebelum pasien pulang, dan saat hari kepulangan pasien); A: Analisis dan evaluasi kesiapan pasien dan Keluarga.			
2	<i>Dependent</i> Kesiapan Pulang pasien	Kemampuan yang mencakup pengetahuan, pengalaman dan keterampilan serta keyakinan, komitmen dan motivasi melakukan kegiatan yang di	Menilai: 1. Pengetahuan pasien dan keluarga 2. Pengalaman dan ketrampilan pasien dan keluarga	Kuisi on er	Ordin al	1. ≥ 40 = Siap 2. < 40 = Tidak Siap

		ajarkan sebelum kepulangan pasien	3.Motivasi Pasien dan keluarga 4.Analisa dan Evaluasi Pasien dan Keluarga			
--	--	--------------------------------------	--	--	--	--

4. Desain penelitian

Desain Penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah desain *Quasi Eksperiment pre and post test one groups*. Penelitian yang dilakukan adalah memberikan perlakuan pada kelompok intervensi 1 dan tidak memberikan intervensi pada kelompok kontrol



Gambar 2. Desain Penelitian

Keterangan :

- 01 : Pengukuran Kesiapan Pulang pasien sebelum Penerapan Intervensi
- X I : Penerapan Intervensi (*Dhiscarge Planning* Model LIMA)
- 02 : Pengukuran Kesiapan Pulang pasien setelah Penerapan Intervensi

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah sekumpulan beberapa objek yang mempunyai kualitas dan karakteristik yang ditentukan oleh peneliti sehingga dapat diambil sampelnya untuk penelitian. (Sugiyono, 2016). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien rawat inap yang dirawat di Ruang Cendana RS TK II Robert Wolter Mongisidi pada saat dilakukan penelitian. Populasi pasien rawat inap Ruang cendana Sebanyak 36 responden dalam 1 bulan terakhir.

2. Sampel

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik purposive sampling, Menurut (Sugiyono 2016) bahwa: purposive sampling adalah teknik pengambilan sampel yang ber sumber data dengan pertimbangan tertentu.. Alasan menggunakan teknik Purposive Sampling adalah karena tidak semua sampel memiliki kriteria yang sesuai dengan fenomena yang diteliti. Oleh karena itu, penulis memilih teknik Purposive Sampling yang menetapkan kriteria-kriteria tertentu yang harus dipenuhi oleh sampel-sampel yang digunakan dalam penelitian ini.

Kriteria Inklusi Dan Eksklusi

a. Kriteria Inklusi

- 1) Responden Yang Bersedia di teliti
- 2) Responden yang berada diruangan Inap khususnya di ruangan Cendana, RS TK II Robert Wolter Mongisidi Manado
- 3) Repsonden yang mengalami penyakit TB Paru.
- 4) Responden dewasa >17 tahun

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Responden yang tidak bisa membaca dan menulis
- 2) Pasien yang tidak bersedia menjadi responden
- 3) Responden yang tidak berada di tempat penelitian.
- 4) Responden yang tidak mengikuti jalannya penelitian sampai selesai.

C. Teknik Pengambilan Sampel

Dalam penelitian ini, proses pengambilan dan pengumpulan data diperoleh dengan menggunakan beberapa instrument sebagai berikut :

1. Kuesioner

Angket / kuesioner yaitu metode pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawab (Sugiyono, 2014). Data penelitian ini didapatkan dengan menggunakan kuesioner, dengan cara berupa kuesioner yang dibagikan secara langsung kepada responden. . Instrumen yang digunakan dalam penilitian ini sudah baku (Alvira 2017). kuisisioner ini menggunakan skala Likert , dimana responden menyaktn jawabannya Sangat Tidak Setuju (STS) diberikan

skor 1, Tidak Setuju(TS) diberikan skor 2, Setuju(S) diberikan skor 3, dan Sangat Setuju (SS) diberikan skor (4).

2. *Standart Operasional Prosedur*

Instrumen yang digunakan untuk Variabel *Discharge Planning* Model LIMA yaitu Standar Operasional Prosedur, yang terdiri dari 10 Pernyataan.

Dalam penelitian atau evaluasi yang berkaitan dengan variabel "*Discharge Planning* Model LIMA" atau perencanaan pulang model LIMA, Anda dapat menggunakan berbagai instrumen atau alat pengumpulan data untuk mengukur kesiapan pulang pasien dan faktor-faktor terkait. Berikut adalah beberapa instrumen yang mungkin digunakan:

Kuesioner Evaluasi Pemulangan: Kuesioner ini dapat dirancang khusus untuk mengukur kesiapan pulang pasien menurut model LIMA. Ini mungkin mencakup pertanyaan tentang kondisi medis pasien, kemampuan fungsional, dukungan sosial, pemahaman pasien tentang rencana pemulangan, dan faktor-faktor lain yang relevan.

Skala Kemandirian Pasien: Instrumen ini digunakan untuk mengukur kemampuan pasien dalam merawat diri sendiri setelah pulang. Ini mencakup kemampuan untuk mengambil obat-obatan, menjalani perawatan fisik, dan melakukan aktivitas sehari-hari.

Pemeriksaan Fisik: Evaluasi fisik oleh tenaga medis, seperti dokter atau perawat, dapat digunakan untuk mengukur kondisi medis pasien dan kemampuan fungsional mereka.

Wawancara Pasien dan Keluarga: Wawancara langsung dengan pasien dan keluarga dapat memberikan informasi tentang pemahaman mereka tentang rencana pemulangan, tingkat dukungan sosial yang tersedia, dan masalah lain yang mungkin memengaruhi kesiapan pulang.

Pemantauan Psikososial: Skala atau kuesioner psikososial dapat digunakan untuk mengukur aspek-aspek psikologis dan emosional yang dapat memengaruhi kesiapan pulang, seperti tingkat kecemasan, depresi, atau kepuasan pasien terhadap rencana pemulangan.

Pemantauan Lingkungan: Pemeriksaan lingkungan di rumah pasien dapat membantu menilai apakah lingkungan tersebut aman dan sesuai dengan pemulangan pasien.

Pemeriksaan Catatan Medis: Memeriksa catatan medis pasien untuk informasi tentang kondisi medis, riwayat pengobatan, dan perkembangan selama perawatan di fasilitas kesehatan.

Instrumen-instrumen ini dapat diadaptasi dan disesuaikan sesuai dengan konteks penelitian atau evaluasi Anda. Penting untuk memastikan bahwa penggunaan instrumen tersebut sesuai dengan tujuan penelitian dan dapat memberikan data yang akurat untuk mengukur kesiapan pasien dalam konteks model perencanaan pulang LIMA.

D. Teknik Pengumpulan Data

1. Persiapan

a. Prosedur Administratif

Peneliti telah lulus uji etik dari BPPM STIKES Muhammadiyah Manado dan mendapatkan perijinan sah untuk melaksanakan penelitian di STIKES Muhammadiyah Manado

b. Prosedur Teknis

Pengambilan data responden sesuai dengan kriteria inklusi

2. Pelaksanaan

a. Peneliti mengidentifikasi calon responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

b. Peneliti menentukan kelompok calon responden sesuai dengan absensi dan pre test.

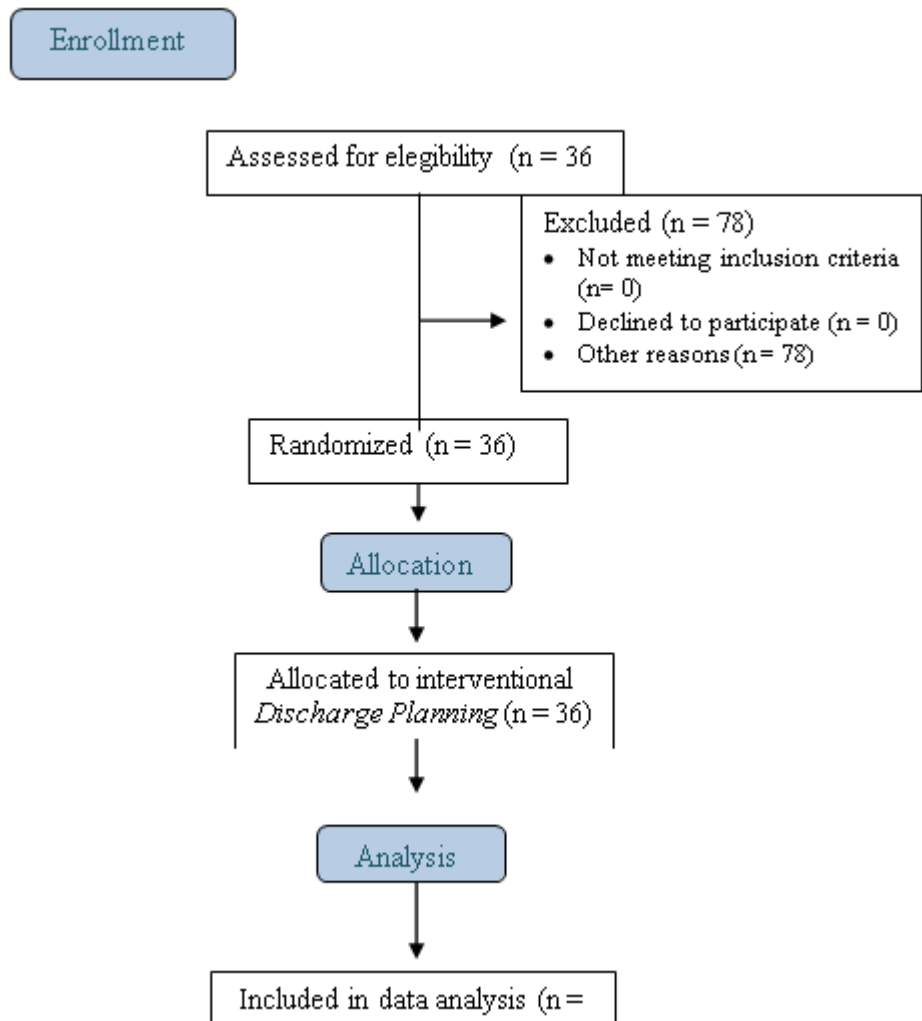
c. Peneliti memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan, manfaat dan prosedur penelitian kepada masing-masing responden. Responden yang setuju akan diberikan persetujuan tertulis (informed consent).

d. Peneliti melakukan pre test yaitu mengukur kesiapan pulang pasien menggunakan Alat ukur Kuesioner pada seluruh responden

e. Pemberian intervensi *Discharge Planning* Model LIMA dilakukan dalam 1 kali dalam satu waktu.

f. Peneliti melakukan post test yaitu mengukur kesiapan pulang menggunakan Alat ukur Kuesioner pada seluruh responden.

- g. Peneliti memasukkan data hasil pengukuran dan mengolah data hasil pengukuran Kuesioner pada program software pengolahan data.
- h. Peneliti melakukan analisa data dari hasil penelitian yang sudah dilakukan.



Gambar 3. Alur Penelitian

E. Teknik Analisa Data

Agar lebih bermakna data yang telah diberi skor di Analisa dengan uji statistic. Analisa data dilakukan dengan dua tahap yaitu :

1. Analisa *Univariat*

Analisis *univariat* telah dilakukan agar tiap variabel yang diteliti terdeskripsi berdasar karakternya. Variable jenis data kategorik dan numerik, untuk data kategorik dibuat frekuensi dan presentase. Data numerik dari Mean, standar deviasi, dan nilai min dan max.

Analisis *univariat* adalah jenis analisis statistik yang digunakan untuk menggambarkan dan menganalisis data dari satu variabel tunggal dalam suatu studi atau penelitian. Analisis ini fokus pada variabel tunggal tanpa mempertimbangkan hubungan atau korelasi dengan variabel lain. Tujuan dari analisis univariat adalah untuk memahami karakteristik dasar dari satu variabel, termasuk statistik deskriptif dan visualisasi data. Berikut adalah beberapa metode umum yang digunakan dalam analisis univariat:

Statistik Deskriptif: Statistik deskriptif digunakan untuk merangkum dan menggambarkan data dari satu variabel. Beberapa statistik deskriptif yang umum digunakan meliputi:

- a. Rata-rata (mean): Nilai tengah dari data.
- b. Median: Nilai tengah dalam data ketika data diurutkan.
- c. Modus: Nilai yang paling sering muncul dalam data.
- d. Rentang (range): Selisih antara nilai maksimum dan minimum dalam data.
- e. *Deviasi Standar (standard deviation)*: Ukuran sebaran data.
- f. *Persentil (percentiles)*: Nilai yang membagi data ke dalam persentase tertentu, seperti kuartil atas dan kuartil bawah.

- g. *Histogram*: *Histogram* adalah grafik yang digunakan untuk menampilkan distribusi frekuensi data. Ini membantu dalam memahami sebaran data dan bentuk distribusinya.
- h. *Diagram Batang (Bar Chart)*: Diagram batang digunakan untuk memvisualisasikan data kategori atau data diskrit. Ini berguna untuk membandingkan frekuensi atau proporsi setiap kategori.
- i. *Diagram Pita (Pie Chart)*: Diagram pita digunakan untuk memvisualisasikan data kategori dalam bentuk lingkaran. Ini menggambarkan proporsi relatif dari setiap kategori.
- j. *Tabel Frekuensi (Frequency Table)*: Tabel frekuensi adalah tabel yang menyajikan data dalam bentuk frekuensi atau jumlah kejadian masing-masing nilai dalam variabel.
- k. *Box Plot*: *Box plot* adalah grafik yang digunakan untuk menunjukkan distribusi data dalam bentuk grafis. Ini menampilkan kuartil bawah, kuartil atas, rentang interkuartil, dan titik-titik ekstrem data.
- l. *Statistik Inferensial Sederhana*: Analisis univariat juga dapat mencakup pengujian hipotesis sederhana tentang satu variabel, seperti uji t atau uji chi-kuadrat.

Analisis univariat sangat penting dalam tahap awal penelitian atau eksplorasi data karena membantu menggambarkan karakteristik dasar dari variabel yang sedang dianalisis. Hal ini juga dapat memberikan wawasan awal tentang pola dan tren dalam data. Namun, analisis univariat biasanya merupakan langkah awal dalam analisis data yang lebih kompleks, seperti

analisis multivariat yang mempertimbangkan lebih dari satu variabel.

2. Analisa Bivariat

Analisa *bivariat* telah dilakukan setelah analisa univariat selesai dilakukan. Analisis bivariat bertujuan untuk menunjukkan hubungan antara variabel dependen dan variabel independen (Hastono, 2007). Adapun uji analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji T Berpasangan untuk mengetahui ada pengaruh Persiapan Pulang Pasien sebelum dan sesudah diberikan *Discharge Planning* Model LIMA.

Analisis bivariat adalah jenis analisis statistik yang melibatkan dua variabel atau lebih untuk mengevaluasi hubungan antara variabel-variabel tersebut. Tujuan dari analisis bivariat adalah untuk memahami bagaimana variabel-variabel tersebut berinteraksi satu sama lain dan apakah terdapat hubungan statistik yang signifikan antara mereka. Berikut adalah beberapa metode dan teknik umum yang digunakan dalam analisis bivariat:

Uji Korelasi: Uji korelasi digunakan untuk mengukur kekuatan dan arah hubungan antara dua variabel yang berkelanjutan. Salah satu uji korelasi yang umum digunakan adalah Koefisien Korelasi Pearson, yang mengukur hubungan linier antara dua variabel kontinu.

Uji Chi-Kuadrat (*Chi-Square Test*): Uji chi-kuadrat adalah alat yang digunakan untuk menguji hubungan antara dua variabel kategoris (data nominal atau ordinal). Ini dapat digunakan untuk menentukan apakah ada hubungan antara dua variabel kategori dan untuk mengidentifikasi apakah hubungan tersebut signifikan secara statistik.

Uji Regresi: Uji regresi digunakan untuk memahami hubungan antara satu variabel dependen dan satu atau lebih variabel independen. Regresi linear sederhana digunakan jika hanya satu variabel independen yang terlibat, sedangkan regresi linear berganda digunakan jika ada lebih dari satu variabel independen.

Analisis Varians (ANOVA): Analisis varians adalah uji statistik yang digunakan untuk membandingkan rata-rata kelompok yang berbeda dalam satu variabel dependen terhadap satu atau lebih variabel independen. ANOVA dapat digunakan untuk mengidentifikasi apakah ada perbedaan signifikan antara kelompok-kelompok tersebut.

Analisis Regresi Logistik: Analisis regresi logistik digunakan ketika variabel dependen adalah biner (dua kategori) dan variabel independen adalah baik variabel kategoris atau kontinu. Ini digunakan untuk memahami faktor-faktor yang memengaruhi kemungkinan kejadian dalam kategori variabel dependen.

Analisis Korelasi Non-Parametrik: Jika data tidak memenuhi asumsi-asumsi dari uji korelasi Pearson, analisis korelasi non-parametrik seperti Uji Korelasi Spearman atau Uji Korelasi Kendall dapat digunakan.

Analisis Kontingensi: Analisis kontingensi digunakan untuk mengevaluasi hubungan antara dua variabel kategoris dengan membuat tabel kontingensi yang menggambarkan distribusi data.

Cross-Tabulation: *Cross-tabulation* adalah teknik yang digunakan untuk membandingkan dua variabel kategoris dengan membuat tabel silang yang menunjukkan frekuensi atau persentase kombinasi kategori-kategori dari kedua variabel.

Analisis bivariat memungkinkan peneliti untuk menjelajahi dan menguji hubungan antara variabel-variabel dalam penelitian mereka. Hasil dari analisis ini dapat memberikan wawasan tentang bagaimana variabel-variabel tersebut berinteraksi dan apakah ada faktor-faktor yang signifikan yang memengaruhi variabel tergantung. Ini merupakan langkah penting dalam pemahaman lebih dalam tentang fenomena yang sedang diteliti.

F. Etika Penelitian

Hidayat (2007) mengemukakan masalah etika dalam penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian mengingat penelitian akan berhubungan langsung dengan manusia sehingga harus memperhatikan prinsip etika penelitian keperawatan serta memperhatikan aspek etis dan humanis, diantaranya :

1. Autonomy

Responden diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan penelitian secara sukarela setelah mendapat penjelasan dari peneliti.

Autonomy, dalam konteks etika penelitian, mengacu pada prinsip yang menghormati otonomi individu atau partisipan penelitian. Prinsip ini menekankan pentingnya menghormati hak setiap individu untuk membuat keputusan sendiri tentang partisipasi mereka dalam penelitian dan hak mereka untuk memiliki kendali atas informasi pribadi mereka. Prinsip otonomi dalam etika penelitian melibatkan beberapa aspek kunci:

Persetujuan Informasi: Peserta penelitian harus diberikan informasi yang memadai tentang tujuan penelitian, prosedur, risiko, dan manfaat yang mungkin terkait dengan partisipasi mereka. Ini memungkinkan mereka membuat keputusan yang berdasarkan pengetahuan dan pemahaman yang cukup.

Persetujuan Bebas: Peserta penelitian harus memiliki kebebasan untuk mengevaluasi informasi yang diberikan kepada mereka dan memutuskan apakah mereka ingin berpartisipasi atau tidak. Mereka tidak boleh merasa terpaksa atau dipaksa untuk berpartisipasi.

Konsentemen Tertulis: Biasanya, peserta penelitian diminta untuk mengekspresikan persetujuan mereka secara tertulis dengan menandatangani formulir persetujuan informasi. Ini adalah bukti bahwa mereka secara sukarela setuju untuk berpartisipasi setelah memahami informasi yang diberikan.

Kepastian Kerahasiaan: Peserta harus diberitahu tentang langkah-langkah yang akan diambil untuk menjaga kerahasiaan informasi pribadi mereka dan data penelitian yang diperoleh. Ini menciptakan rasa percaya diri bahwa informasi mereka akan dijaga dengan baik.

Hak untuk Menarik Diri: Peserta harus diberikan hak untuk menarik diri dari penelitian kapan saja tanpa konsekuensi negatif. Mereka tidak harus merasa terikat untuk terus berpartisipasi jika mereka berubah pikiran atau merasa tidak nyaman.

Perlindungan Khusus: Prinsip otonomi juga mengacu pada perlindungan peserta yang mungkin lebih rentan atau tidak dapat memberikan persetujuan sendiri, seperti anak-anak, individu dengan gangguan kognitif, atau mereka yang tidak mampu memberikan

persetujuan sendiri. Dalam kasus ini, persetujuan harus diberikan oleh wali atau wakil yang berkompeten.

Komunikasi Terbuka: Selama penelitian, komunikasi terbuka dan jujur dengan peserta harus dijaga. Mereka harus diinformasikan tentang perkembangan penelitian dan hak mereka sepanjang proses.

Prinsip otonomi merupakan salah satu dari empat prinsip etika penelitian yang lainnya adalah keadilan, tidak-melakukan-kerusakan (non-maleficence), dan berbuat baik (beneficence). Dalam kombinasi, prinsip-prinsip ini membantu memastikan bahwa penelitian dilakukan dengan integritas, menghormati hak peserta, dan memberikan manfaat bagi masyarakat.

Dalam praktiknya, peneliti memiliki tanggung jawab etis untuk memastikan bahwa otonomi peserta dihormati sepanjang penelitian, dan mereka harus berusaha keras untuk menjaga kepatuhan terhadap prinsip ini dalam setiap tahap penelitian mereka.

2. *Respect For Human Dignity*

Responden berhak untuk mendapatkan informasi lengkap diantaranya mengenai tujuan, cara penelitian, cara pelaksanaan, manfaat penelitian, dan hal-hal lain yang berkaitan dengan penelitian.

Salah satu prinsip etika yang sangat penting dalam penelitian. Prinsip ini menekankan pentingnya menghormati martabat, integritas, dan nilai-nilai setiap individu yang berpartisipasi dalam penelitian. Ini mencakup berbagai aspek, termasuk:

Penghormatan Terhadap Hak Asasi Manusia: Prinsip ini mengakui bahwa setiap individu memiliki hak asasi manusia yang harus dihormati, termasuk hak untuk privasi, persetujuan yang bebas dan diinformasikan, dan perlindungan dari kerusakan atau perlakuan yang merendahkan martabat.

Privasi dan Kerahasiaan: Penelitian harus memastikan bahwa privasi peserta dilindungi dengan cermat. Informasi pribadi harus dijaga kerahasiaannya, dan langkah-langkah harus diambil untuk mencegah identifikasi individu dalam pelaporan atau publikasi hasil penelitian.

Perlindungan Terhadap Kerusakan atau Perlakuan yang Merendahkan: Peserta penelitian harus dihindarkan dari risiko kerusakan fisik, psikologis, atau sosial yang tidak perlu. Mereka harus diperlakukan dengan hormat dan layanan medis atau kesehatan mental harus tersedia jika diperlukan.

Informed Consent yang Diperlukan: Peserta harus diberikan informasi yang memadai tentang tujuan penelitian, prosedur, risiko, manfaat, dan hak mereka. Mereka harus memberikan persetujuan yang bebas dan diinformasikan sebelum berpartisipasi dalam penelitian.

Perlindungan Kelompok Rentan: Prinsip penghormatan terhadap martabat manusia khususnya penting dalam perlindungan kelompok rentan seperti anak-anak, kaum miskin, atau mereka yang tidak mampu memberikan persetujuan sendiri. Langkah-langkah khusus harus diambil untuk memastikan bahwa mereka tidak dieksploitasi atau merasa terancam.

Penghindaran Diskriminasi: Penelitian harus menghindari diskriminasi berdasarkan jenis kelamin, usia, ras, agama, orientasi seksual, atau atribut lainnya. Semua peserta harus diperlakukan dengan adil dan setara.

Transparansi dan Jujur: Penelitian harus dilakukan dengan transparansi dan jujur, dan hasilnya harus dilaporkan dengan akurat. Peneliti memiliki tanggung jawab etis untuk tidak memanipulasi atau menyalahgunakan data.

Prinsip "*Respect for Human Dignity*" adalah dasar dari etika penelitian yang bertujuan untuk memastikan bahwa penelitian dilakukan dengan menghormati dan melindungi hak-hak dan martabat individu. Ini memastikan bahwa penelitian dilakukan secara etis, dapat dipercaya, dan memberikan manfaat yang sesuai kepada masyarakat. Peneliti harus selalu berkomitmen untuk menjalankan penelitian mereka dengan menjunjung tinggi prinsip ini dan menghindari tindakan yang merendahkan martabat atau melanggar hak asasi manusia peserta penelitian.

3. *Informed Consent*

Lembar persetujuan yang diberikan kepada responden. Responden harus memenuhi kriteria yang ditentukan. Lembar informed Consent harus dilengkapi dengan judul penelitian dan manfaat penelitian, bila responden menolak maka peneliti tidak boleh memaksa dan menghormati hak-hak nya.

4. *Anonymity*

Peneliti tidak mencantumkan nama responden melainkan hanya mencantumkan inisial pada lembar pernyataan untuk menjaga kerahasiaan responden.

5. *Confidentiality*

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan informasi yang diberikan. Semua catatan atau data responden disimpan sebagai dokumentasi penelitian setelah penelitian berakhir.

6. *Protection from discomfort*

Responden bebas dari rasa tidak nyaman, responden diberi penjelasan terlebih dahulu dan selama pelaksanaan peneliti memastikan bahwa kenyamanan responden tetap terjaga dengan cara melakukan intervensi sesuai SOP.

Salah satu aspek penting dalam etika penelitian. Prinsip ini mengacu pada tanggung jawab peneliti untuk melindungi peserta penelitian dari pengalaman fisik atau emosional yang tidak nyaman atau merugikan yang mungkin timbul selama atau setelah berpartisipasi dalam penelitian. Perlindungan dari ketidaknyamanan melibatkan beberapa pertimbangan penting:

Identifikasi dan Penghindaran Risiko: Sebelum memulai penelitian, peneliti harus secara cermat mengidentifikasi potensi risiko fisik, psikologis, atau sosial yang dapat dihadapi oleh peserta. Langkah-langkah harus diambil untuk mengurangi atau menghindari risiko ini sebisa mungkin.

Informed Consent yang Komprehensif: Peserta harus diberikan informasi yang memadai tentang semua potensi ketidaknyamanan atau risiko yang terkait dengan penelitian. Ini memungkinkan mereka untuk membuat keputusan berdasarkan pengetahuan dan pemahaman yang cukup.

Kemungkinan Manfaat vs. Risiko: Peneliti harus mempertimbangkan secara hati-hati apakah manfaat yang diharapkan dari penelitian melebihi risiko yang mungkin timbul. Jika risiko melebihi manfaat, penelitian mungkin tidak etis dilanjutkan.

Pemantauan Selama Penelitian: Peneliti harus memantau peserta selama penelitian untuk mendeteksi tanda-tanda ketidaknyamanan atau masalah yang mungkin muncul. Tindakan segera harus diambil jika ada tanda-tanda risiko atau ketidaknyamanan yang tidak diantisipasi.

Konseling dan Dukungan: Dalam beberapa kasus, peserta mungkin memerlukan konseling atau dukungan psikologis setelah berpartisipasi dalam penelitian, terutama jika penelitian melibatkan topik sensitif atau traumatis. Peneliti harus siap memberikan referensi atau bantuan dalam hal ini.

Hak untuk Menarik Diri: Peserta harus selalu diberikan hak untuk menarik diri dari penelitian kapan saja tanpa konsekuensi negatif. Mereka tidak harus merasa terikat untuk terus berpartisipasi jika mereka merasa tidak nyaman.

Privasi dan Kerahasiaan: Data pribadi peserta harus dilindungi dengan cermat untuk menghindari potensi kerugian atau ketidaknyamanan yang mungkin timbul jika informasi tersebut tersebar.

Pertimbangan Khusus untuk Kelompok Rentan: Penelitian yang melibatkan kelompok rentan seperti anak-anak, individu dengan gangguan mental, atau kelompok yang tidak memiliki kemampuan memberikan persetujuan sendiri harus mendapatkan perlindungan tambahan. Risiko potensial harus dievaluasi dengan cermat dan langkah-langkah perlindungan harus ditingkatkan.

Perlindungan dari ketidaknyamanan adalah bagian integral dari etika penelitian yang bertujuan untuk menjaga kesejahteraan dan integritas peserta. Peneliti memiliki tanggung jawab etis untuk memastikan bahwa risiko ketidaknyamanan atau kerusakan fisik atau psikologis diidentifikasi, dievaluasi, dan dikelola dengan baik dalam penelitian mereka. Ini memastikan bahwa penelitian dilakukan dengan cara yang etis dan bermanfaat, dan bahwa peserta dihormati dan terlindungi sepenuhnya.

7. *Beneficience*

Peneliti meyakinkan responden bahwa penelitian ini bebas dari bahaya, dan tidak menimbulkan resiko atau efek samping karena tindakan yang akan diberikan akan dilakukan sesuai dengan prosedur yang sudah ditetapkan.

Prinsip ini menekankan kewajiban peneliti untuk bertindak untuk kebaikan peserta penelitian dan masyarakat secara umum. Prinsip beneficence dalam penelitian melibatkan beberapa pertimbangan utama:

Manfaat Peserta: Penelitian harus dirancang dan dilaksanakan dengan mempertimbangkan manfaat yang maksimal bagi peserta

penelitian. Ini mencakup memastikan bahwa penelitian memberikan nilai atau pemahaman yang berarti bagi peserta, misalnya, melalui penyediaan pengobatan atau intervensi yang efektif.

Kepatuhan Terhadap Standar Medis: Penelitian medis atau klinis harus mematuhi standar perawatan medis yang ada. Peserta penelitian tidak boleh menerima perawatan yang lebih buruk atau kurang baik daripada yang akan mereka terima di luar konteks penelitian.

Evaluasi Risiko dan Manfaat: Peneliti harus secara hati-hati mengevaluasi risiko dan manfaat yang terkait dengan penelitian. Jika risiko potensial melebihi manfaatnya, maka penelitian mungkin tidak etis untuk dilanjutkan.

Informed Consent: Peneliti harus memastikan bahwa peserta penelitian memberikan persetujuan yang bebas dan diinformasikan sebelum berpartisipasi dalam penelitian. Ini memungkinkan mereka untuk memahami risiko dan manfaat yang mungkin terkait dengan partisipasi mereka.

Perlindungan Terhadap Kerugian: Peneliti harus berusaha untuk melindungi peserta dari kerugian fisik, psikologis, atau sosial yang tidak perlu atau tidak diharapkan selama atau setelah penelitian. Tindakan harus diambil untuk mengurangi risiko sebisa mungkin.

Pertimbangan Khusus untuk Kelompok Rentan: Penelitian yang melibatkan kelompok rentan, seperti anak-anak, orang tua tunggal, atau individu dengan gangguan mental, memerlukan pertimbangan khusus untuk memastikan bahwa mereka mendapatkan perlindungan tambahan dan manfaat yang sesuai.

Kesejahteraan Masyarakat: Prinsip *beneficence* juga melibatkan pertimbangan terhadap manfaat yang lebih besar bagi masyarakat. Penelitian harus dirancang dengan mempertimbangkan bagaimana hasilnya dapat berkontribusi pada pemahaman ilmiah yang lebih baik atau perbaikan dalam perawatan kesehatan atau layanan masyarakat.

Evaluasi Terus-Menerus: Peneliti memiliki kewajiban untuk terus-menerus mengevaluasi risiko dan manfaat penelitian selama pelaksanaan penelitian. Jika ada bukti bahwa risiko meningkat atau manfaatnya berkurang, tindakan perbaikan harus diambil.

Prinsip *beneficence* dalam penelitian menggarisbawahi pentingnya menyeimbangkan manfaat dan risiko, dengan fokus utama pada kebaikan dan kesejahteraan peserta penelitian. Ini adalah prinsip sentral dalam etika penelitian yang membantu memastikan bahwa penelitian dilakukan dengan integritas, tanggung jawab, dan kepedulian terhadap individu dan masyarakat yang terlibat dalam penelitian tersebut.

8. *Justice*

Semua responden berhak mendapatkan perlakuan yang adil baik sebelum, selama dan setelah berpartisipasi dalam penelitian yaitu responden akan mendapatkan manfaat yang sama dari tindakan yang akan diberikan walaupun tindakan yang diberikan berbeda, sehingga seluruh responden mendapat perlakuan yang sama.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahcancal. (2014). Length of Stay Calculation Length of Stay Calculation
Numerator: American Health Care Association. diakses tanggal :26
mei 2021, jam 16:15 dari:
www.LTCTRENDTRACKER.COMdiakses
- Alvira, A.(2017) Pengaruh Penerapan *Discharge Planning* Pada Pasien
Stroke dirumah sakit Wahidin Sudirhusodo Makasar. Diakses
tanggal: 2 mei 2021,jam:14:00 dari: <http://digilib.unhas.ac.id>
- American Heart Association. (2014). Evaluation and Management of
Coronary Heart Disease in the Adult. Available Diakses tanggal: 31
mei 2021,jam 23:05 dari: <http://circ.ahajournals.org/content/104/24/2996.full.pdf>
- Anggia,S. (2017). Hubungan Motivasi Perawat dengan Pelaksanaan
Discharge Planning Di Rumah Sakit Islam Bukit Tinggi.diakses
tanggal:31 mei 2021. Jam:23:05 dari:
<http://repo.stikesperintis.ac.id/357/>
- Arikunto, S. 2013.Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Edisi
Revisi.
Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Asmadi. (2012). Teknik Prosedural Keperawatan Konsep Dan Aplikasi
Kebutuhan Dasar Klien. Jakarta: Salemba Medika

Azimatunissa, Kirnantoro. (2015) Hubungan *Discharge Planning* dengan kesiapan pasien dalam menghadapi pemulangan diri s pku muhammadiyah Yogyakarta. Diakses tanggal: 23 mei 2021, jam 17:12 dari: <https://core.ac.uk/display/147278009>

Discharge Planning Association. (2016.) Diakses pada tanggal 26 Mei 2021, jam 21:00 dari: <https://www.dischargeplanning.org.au/>

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler, A. C. (2014). Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Jakarta: EGC.

Eka, Y., Dhona, A., & Joesph, N.,(2020) Pengaruh *Discharge Planning* Model LIMA Terhadap Kesiapan Pulang Pasien Dengan Diabetes Melitus diakses tanggal: 6 mei 2021,jam14:30 dari: <https://pdfs.semanticscholar.org/e65d/a04a02d6ca>

Fitri, E.Y., Herliawati, & Wahyuni, D. (2018). Karakteristik, Pengetahuan, dan Pelaksanaan Perencanaan Pulang yang Dilakukan oleh Perawat. Prociding Seminar Nasional Keperawatan Universitas Sriwijaya 2018.

Graham, J. Gallagher, R., Bothe, J. (2013). Nurses' *Discharge Planning* and Risk Assessment: Behaviours

Herliawati. Yuli, E., & Dian W. (2020) Pengembangan Perencanaan pulang Model LIMA diakses tanggal: 7 mei 2021,jam 08:00 dari: <https://journal.ukmc.ac.id/index.php/joh/article/view/84>

Hidayah, N.,dkk (2020). *Discharge Planning* Pada Rehospitalisasi Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Jurnal Keperawatan Muhammadiyah 5 (2) diakses tanggal: 02-06-2021,jam 22:00 dari: <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM>

Nursalam.(2011). Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional. (3, ed.). Jakarta: Salemba Medika

Nursalam. (2012). Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam praktek keperawatan profesional. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika. Jakarta diakses tanggal : 26 mei 2021,jam 15:20 dari: <http://id.wikipedia.org/wiki/dischargeplanning.html>

Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika

Notoatmodjo. 2012. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: PT. Rineka

Cipta Priskaputri, P. (2013).Pengaruh Program Pengembangan *Discharge Planning*

terhadap Pengetahuan dan Kesiapan Pemulangan Klien Periode Post- Partum di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2013.

Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2014). Buku Ajar Keperawatan Dasar. Edisi

10. Jakarta: EGC.

Rosyidi dkk. (2013). *Prosedur Praktik Keperawatan Jilid 1*. Jakarta: CV. Trans Info Media

Silaen, S. (2018)., *Metodologi Penelitian Sosial Untuk Penulisan Skripsi dan Tesis*, In Media, Bandung.

Siswanto S, Suyanto.(2013.) *Metodologi Penelitian Kesehatan dan Kedokteran*.

Yogyakarta: Bursa Ilmu;

Sugiyano, (2016) *Metode penelitian kuantitataif dan kualitataif R&D*, Bandung Alfabeta Sulistyowati, 2012. *Beban kerja perawat*. Jakarta: EGC

The Royal Marsden.Org. (2014). *Discharge Planning* . Diakses tanggal: 27 mei 2021, jam 20:00 dari: <http://www.royal-marsden.org>.pada tanggal

Triwibowo & Cecep.(2013). *Manajemen Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit*. Jakarta. Trans Info Media

Wahyuni, A., Nurrachmah, E., & Gayatri, D. (2012). Kesiapan pulang pasien penyakit jantung koroner melalui penerapan *Discharge Planning* . Jurnal keperawatan Indonesia.

Yaslina, (2012). *Kelompok Pendukung sebagai Intervensi untuk Meningkatkan Kemampuan Keluarga terhadap Perawatan di Rumah*

pada Aggregate Lansia Pasca Stroke di PGS Depok. Karya Ilmiah
Akhir, diakses tanggal :04 juni 2021 jam,01:23 dari:
<https://ojs.unud.ac.id> › coping

DISCHARGE PLANNING MODEL LIMA : BEST PRACTICE

Penulis:

**Silvia Dewi Mayasari Riu
Norman Alfiat Talibo**



ISBN 978-623-09-5457-3 (PDF)

