|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KUESIONER PENELITIAN MANDIRI** | | January 1  **2022** |
| **ANALISIS KEBUTUHAN PELAYANAN POST HOSPITAL CARE BERBASIS DISCHARGE PLANNING DI RSUD ARIFIN AHMAD PROVINSI RIAU** | **PENELITIAN DOSEN PEMULA** | |



**NAMA DOSEN PENELITI:**

1. Ns. Syafrisar Meri Agritubella, M.Kep
2. Ns. Kurniawati, M.Kep
3. Ns. Sari Angela, M.Kep, Sp. Kep. Anak

Kepada Yth;

Bapak / Ibu Responden Penelitian

di

Tempat

Dengan Hormat,

Bersama ini saya sampaikan bahwa saya dan tim bermaksud mengadakan penelitian pada perawat di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. Penelitian ini dilaksanakan dalam rangka pemenuhan tri darma perguruan tinggi yaitu pelaksanaan penelitian dengan skema Penelitian Dosen Pemula Poltekkes Kemenkes Riau. Adapun judul dari penelitian ini adalah “Analisis Kebutuhan Pelayanan *Post Hospital Care* berbasis *Discharge Planning* di Ruang Rawat Surgical RSUD Arifin Ahmad Pekanbaru”. Sehubungan dengan maksud diatas, saya mengharapkan bantuan bapak/ibu untuk bersedia mengisi instrument ini sesuai dengan pendapat dan pengalaman yang bapak/ibu miliki. Informasi yang bapak/ibu berikan akan bermanfaat untuk pengembangan ilmu keperawatan dan akan dijaga kerahasiaan sumber informasinya.

Bantuan dan partisipasi bapak/ ibu merupakan sumbangan yang sangat berharga bagi terselenggaranya penelitian dosen pemula ini. Atas bantuan yang telah bapak/ berikan saya ucapakan terima kasih.

Hormat Saya

Ketua Tim Peneliti

Ns. SM. Agritubella, M.Kep

NIP.198702192018012001

PERNYATAAN RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan mengenai penelitiaan ini, saya dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian dosen Poltekkes Kemenkes Riau dengan judul “Analisis Kebutuhan Post Hospital Care berdasarkan Pelaksanaan Discharge Planning di RSUD Arifin Ahmad Pekanbaru.

Pekanbaru, ….. Maret 2022

……………………………………….

Instumen A (diisi oleh observer/ peneliti)

**PELAKSANAAN *DISCHARGE PLANNING***

No Responden:

Nama / Inisial Pasien : …… Pekerjaan :

Usia :……th Jenis Kelamin: L / P

Hari / Tanggal Pemulangan :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tahap** | **Komponen Penilaian** | **Ya** | **Tidak** |
| 1 | Persiapan  (di Nurse Station) | 1. Perawat menyiapkan status pasien dan format *discharge planning* |  |  |
| 1. Perawat menyebutkan masalah pasien (diagnosis keperawatan) |  |  |
| 1. Perawat menyebutkan hal-hal yang perlu diajarkan kepada pasien dan keluarga (Melakukan intervensi keperawatan lanjutan saat pasien di rumah) |  |  |
| 1. Kepala ruangan memeriksa kelengkapan administrasi pemulangan pasien |  |  |
|  |  |  |
| 2 | Pelaksanaan  (di Bed Pasien / ruangan khusus) | 1. Perawat menyampaikan pendidikan kesehatan terkait penyakit dan penatalaksanaan kesehatan dirumah kepada pasien dan keluarga pasien |  |  |
| 1. Perawat menjelaskan kebutuhan diet pada saat pulang |  |  |
| 1. Perawat menjelaskan kebutuhan aktivitas dan istirahat pada saat pulang |  |  |
| 1. Perawat menjelaskan medikasi (minum obat) secara teratur |  |  |
| 1. Perawat menjelaskan keperawatan diri (*self-care*) seperti: Cara merawat luka, perawatan kolostomi, ketentuan insulin, dll) |  |  |
| 1. Perawat menanyakan kembali pada pasien tentang materi yang telah disampaikan (evaluasi tindakan keperawatan) |  |  |
| 1. Perawat mengucapkan salam |  |  |
| 1. Perawat mendokumentasikan |  |  |
|  |  | **TOTAL** |  |  |

Score : Jumlah Ya x 100% = …

12

Instrumen B (diisi oleh perawat)

**KUESIONER**

**Faktor – Faktor Pelaksanaan *Discharge planning* di Ruang Rawat Surgical RSUD Arifin Ahmad**

Nama / Inisial Perawat : …………………. Umur : ……………… tahun

Ruang Rawat : …………………. Tingkat Pendidikan : D3 / S1 /Ners / S2 / Spesialis\*

Lama Bekerja : ………………….

Isilah dengan memberikan tanda ceklist (√) pada kolom dibawah ini!

1. PENGETAHUAN PERAWAT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **PERNYATAAN** | **BENAR** | **SALAH** |
|  | *Discharge Planning* adalah proses mempersiapkan pasien untuk melakukan perawatan mandiri di rumah |  |  |
|  | Discharge planning dilakukan mulai dari pasien masuk rumah sakit sampai pasien merasa siap untuk pulang |  |  |
|  | Tujuan *discharge planning* adalah meningkatkan pemahaman pasien tentang masalah kesehatan yang dialaminya |  |  |
|  | Pendidikan kesehatan diberikan kepada pasien dankeluarga sebelum pulang ke rumah untuk memastikan perawatan yang tepat |  |  |
|  | Prinsip prosedur *discharge planning* dilakukan secara konsisten hanya untuk pasien dengan penyakit tertentu |  |  |
|  | *Discharge planning* diberikan oleh perawat sebelum pasien pulang |  |  |
|  | *Discharge planning* hanya melibatkan keluarga saja |  |  |
|  | *Discharge Planning* diringkas dengan singkatan METHOD yaitu *Medication, Environment, Treatment, Health teaching, Out-patient referral* dan *Diet patient.* |  |  |
|  | Sebelum pulang, pasien dan keluarga diberitahu tentang jadwal kontrol ulang |  |  |
| 10. | Pendokumentasian *discharge planning* sama dengan pendokumentasian asuhan keperawataan mulai dari pengkajian sampai evaluasi |  |  |
| 11. | Penjelasan tentang obat meliputi: resep baru, pengobatan yang dibutuhkan dan pengobatan yang dihentikan, daftar nama obat mencakup nama, frekuensi dan dosis obat |  |  |
| 12 | Penjelasan tentang diet pasien tidak termasuk kedalam catatan *discharge planning* |  |  |
| 13 | Komponen dalam *discharge planning* yaitu penjelasan tentang obat, aktivitas pasien, latihan, diet makanan dan pembatasannya. |  |  |
|  | **JUMLAH** |  |  |
|  |  |  | |

1. PENGALAMAN PERAWAT DALAM PELAKSANAAN DISCHARGE PLANNING

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **PERTANYAAN** | **YA** | **TIDAK** |
| 1. | Apakah anda pernah membuat *discharge planning* ? |  |  |
| 2. | Apakah *discharge planning* yangdiberikan mengikuti format yang disediakan? |  |  |
| 3. | Apakah lembar *discharge planning*  berisi tentang pendidikan kesehatan terkait kondisi pasien dan perawatan lanjutan pasien dirumah? |  |  |
| 4. | Apakah anda memberikan pendidikan kesehatan tentang proses penyakit , penyebab, tanda dan gejala, faktor resiko, serta komplikasi yang mungkin terjadi? |  |  |
| 5. | Apakah anda menjelaskan tentang obat dan pengobatan pasien? |  |  |
| 6. | Apakah anda menjelaskan latihan rentang gerak sendi? |  |  |
| 7. | Apakah anda menjelaskan kebutuhan diet pasien selama dirumah? |  |  |
| 8. | Apakah anda menjelaskan kebutuhan perawatan diri pasien? |  |  |
| 9. | Apakah pemberian pendidikan kesehatan dilakukan secara lisan saja? |  |  |
| 10. | Apakah anda memberikan catatan saat melaksanakan discharge planning kepada pasien /keluarga seperti resep obat, surat control, rujukan rehabilitasi, brosur atau leaflet ? |  |  |
| 11. | Apakah anda melaksanaan *discharge planning*  sesuai dengan SPO? |  |  |
| 12. | Apakah anda pernah mendapatkan pelatihan tentang *discharge planning*? |  |  |
|  | **JUMLAH** |  |  |
|  |  |  | |

1. BUDAYA ORGANISASI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **PERTANYAAN** | **YA** | **TIDAK** |
| 1 | Apakah *discharge planning*  memiliki SPO? |  |  |
| 2 | Apakah ada pembagian tugas secara lisan dalam *discharge planning* ? |  |  |
| 3 | Apakah ada anggaran khusus seperti pembuatan leaflet/ brosur? |  |  |
| 4 | Apakah RS menyediakan pelatihan / diseminasi tentang *discharge planning*? |  |  |
| 5 | Apakah pelatihan/diseminasi ilmu diikuti oleh seluruh perawat? |  |  |
| 6 | Apakah kepala ruangan memberikan kesempatan kepada seluruh perawat untuk menyusun *discharge planning?* |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **JUMLAH** |  |  |
|  |  |  | |

1. LINGKUNGAN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **PERTANYAAN** | **YA** | **TIDAK** |
| 1 | Apakah ada ruangan khusus untuk mengajarkan atau memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga? |  |  |
| 2 | Apakah penjelasan *discharge planning* diberikan langsung di bed pasien? |  |  |
| 3 | Apakah ruangan yang digunakan memiliki pencahayaan yang terang? |  |  |
| 4 | Apakah AC dalam keadaan baik / Ventilasi udara lancar/ tidak pengap? |  |  |
| 5 | Apakah kebisingan sering menggangu pelaksanaan *discharge planning*? |  |  |
| 6. | Apakah media pembelajaran (seperti lembar balik, pena, papan tulis) untuk menjelaskan discharge planning tersedia diruangan? |  |  |
| 6 | Apakah media pembelajaran (seperti lembar balik, pena, papan tulis) dapat digunakan dengan baik? |  |  |
|  | **JUMLAH** |  |  |
|  |  |  | |

1. BEBAN KERJA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **PERTANYAAN** | **YA** | **TIDAK** |
| 1 | Apakah *discharge planning*  merupakan bagian dari pekerjaan perawat? |  |  |
| 2 | Apakah *discharge planning*  menghambat aktivitas lain di ruangan? |  |  |
| 3 | Apakah penjelasan kepada pasien dan keluarga membutuhkan waktu > 30 menit? |  |  |
| 4 | Apakah anda memiliki beban kerja yang tinggi sehingga pelaksanaan *discharge planning*  belum maksimal? |  |  |
| 5 | Apakah *discharge planning* sesuai kemampuan dan keterampilan perawat? |  |  |
| 6 | Apakah *discharge planning* tidak bisa dilakukan oleh satu perawat? |  |  |
|  | **JUMLAH** |  |  |
|  |  |  | |

\*TERIMA KASIH\*

Instrumen C. Kebutuhan Pelayanan *Post Hospital Care*  (diisi oleh pasien /keluarga)

**KUESIONER**

**ANALISIS KEBUTUHAN POST HOSPITAL CARE BERDASARKAN *DISCHARGE PLANNING* (METHOD) DI RUANG RAWAT SURGICAL RSUD ARIFIN AHMAD PEKANBARU**

Nama inisial Pasien / Keluarga : …………… Umur : ……………

LamaRawatan : ………hari Pendidikan terakhir : ……………

Alasan Pulang : ……………

Berilah tanda ceklist ( √) pada jawaban dibawah ini!

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Jenis Kebutuhan** | **Indikator** | **Ya** | **Tidak** |
| 1 | Obat-Obatan  *Medication*  **M** | Mengetahui nama obat, dosis dan jumlah obat yang diminum /hari |  |  |
| Mengetahui obat termasuk golongan keras (K)atau tidak |  |  |
| Mengetahui efek samping dari obat yang diberikan obat memiliki efek samping |  |  |
| Mengetahui *antibiotic* yang diberikan harus diminum hingga habis |  |  |
| Pasien memahami jenis, fungsi, efek samping dan waktu pemberian dari masing-masing obat yang diberikan penjelasan masing –masing obat yang diberikan |  |  |
| 2 | Lingkungan rumah  *Environment*  **E** | Peralatan perawatan dirumah telah disediakan oleh keluarga |  |  |
| Rumah dalam keadaan aman dan nyaman |  |  |
| Fasilitas kamar mandi di rumah tidak jauh dari tempat tidur/kamar anggota keluarga yang sakit |  |  |
| Ukuran ruangan di rumah memadai untuk tempat istirahat/pemulihan anggota keluarga yang sakit |  |  |
| Akses jalan masuk ke kamar lebar dan bersih |  |  |
| 3 | Terapi/  Pengobatan  *Treatment*  **T** | Mengetahui jenis perawatan yang dibutuhkan saat pulang |  |  |
| Mengetahui kapan mencari pengobatan apabila timbul masalah |  |  |
| Mengetahui resep baru, pengobatan yang dibutuhkan dan dihentikan |  |  |
| Keluarga memahami penatalaksanaan pengobatan selama di rumah |  |  |
| Ada catatan tentang cara menggunakan alat kesehatan di rumah |  |  |
| Mampu melakukan perawatan luka di rumah |  |  |
| Mengetahui kapan harus mengganti perban / balutan luka |  |  |
| Mampu berjalan / berpindah / mengatur posisi secara mandiri |  |  |
| Mampu mengatasi nyeri tanpa obat penghilang nyeri |  |  |
| Mampu mandi, berpakaian dan berhias secara mandiri |  |  |
| Keluarga bersedia membantu pasien melakukan perawatan di rumah |  |  |
| 4 | Pendidikan Kesehatan  *Health Teaching*  **H** | Mendapat penjelasan tentang penyakit dan komplikasinya |  |  |
| Mendapat penjelasan latihan gerak sederhana dan mudah dilakukan |  |  |
| Mendapat penjelasan tanda dan gejala lain dan harus dirawat lagi |  |  |
| Mendapat penjelasan cara mempertahankan kesehatan di rumah |  |  |
| Pasien dan keluarga sudah mengerti cara perawatan di rumah |  |  |
| 5 | Rujukan Rawat Jalan  *Out Patient Referal*  **O** | Mengetahui layanan kesehatan lanjutan setelah pulang |  |  |
| Mengetahui perawatan setelah pulang dan siapa pemberi pelayanan |  |  |
| Mengetahui waktu, tanggal, dan lokasi kontrol |  |  |
| Mengetahui cara mengatur jadwal perawatan lanjutan |  |  |
| Mengetahui apa yang harus dilakukan dalam keadaan darurat |  |  |
| Mengetahui nomor HP tenaga kesehatan yang dapat dihubungi |  |  |
| Mengetahui layanan *home care* yang ada di sekitar tempat tinggal |  |  |
| Meminta bantuan mencari pelayanan *home care* |  |  |
| Menjauhkan hal- hal yang menghambat gerak atau membahayakan |  |  |
| 6 | Diet Pasien  **D** | Mengetahui jenis makanan membantu penyembuhan luka operasi |  |  |
| Mengetahui kebutuhan zat gizi : sayur buah untuk penyembuhan |  |  |
| Mengetahui jumlah / porsi makanan sesuai anjuran |  |  |
| Mampu mengatur menu makan bervariasi setiap hari |  |  |
| Mampu menyediakan makanan yang dianjurkan dan yang dibatasi |  |  |
|  |  | Jumlah |  |  |

Score = Jumlah Ya x 100% =……………………

40

**Format *Discharge planning*  (Nursalam, 2015)**

|  |  |
| --- | --- |
| ***DISCHARGE PLANNING*** | No. Reg :  Nama :  JanisKelamin : |
| Tanggal Masuk RS:  Bagian : | Tanggal Keluar RS:  Bagian : |
| Dipulangkan dar RS dengan Keadaan:  □ Sembuh  □ Meneruskan dengan obat jalan  □ Pindah ke RS / Faskes Lain  □ Pulang Paksa  □ Lari  □ Meninggal | |
| * + 1. Kontrol : (Waktu dan Tempat) | |
| * + 1. Lanjutan Keperawatan di Rumah (Luka Operasi, Pemasangan gift, pengobatan, dll) | |
| * + 1. Aturan diet / Nutrisi di rumah: | |
| * + 1. Obat- Obatan yang masih diminum dan jumlahnya: | |
| * + 1. Kebutuhan Aktivitas dan Istriahat: | |
| Hal yang dibawa pulang (hasil laboratorium, foto, EKG, Obat dan lainnya: | |
| Lain-lain: | |
| Pasien / Keluarga  (……………….) | Pekanbaru, ………………….  Nama & Ttd Perawat:  (………………………………….) |