

# DISCHARGE PLANNING PADA PASIEN DI RUMAH SAKIT



**Ns. Muhammad Rofi'i, S.Kp., M.Kep.**



# **DISCHARGE PLANNING PADA PASIEN DI RUMAH SAKIT**

**Oleh:**

**Ns. Muhamad Rofi'i, S.Kp., M.Kep.**



**Diterbitkan oleh:  
Undip Press**

# **DISCHARGE PLANNING PADA PASIEN DI RUMAH SAKIT**

Oleh:

**Ns. Muhamad Rofi'i, S.Kp., M.Kep.**

ISBN :978-979-097-648-1

**Hak cipta dilindungi undang-undang.**

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan  
Dengan cara apapun, tanpa izin tertulis dari penerbit.



Diterbitkan oleh:  
UNDIP Press  
Semarang

## KATA PENGANTAR

Discharge planning penting bagi pasien dalam persiapan pulang dari rumah sakit menuju ke rumah atau tempat tinggal masing-masing. Pasien akan menjadi lebih mengerti tentang kondisi penyakitnya dan bagaimana mengatasi masalah ketika terjadi masalah dengan penyakitnya, atau bahkan pasien atau keluarga mampu membuat keputusan yang tepat ketika menghadapi masalah yang terkait penyakit yang dideritanya. Disini peran perawat sangat penting dalam keberhasilan pelaksanaan discharge planning.

Discharge planning (perencanaan pulang) merupakan salah satu tugas perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dalam bentuk edukasi kepada pasien untuk menyiapkan kemandirian pasien ketika pasien sudah dipulangkan ke rumah. Edukasi ini bisa diberikan langsung kepada pasien itu sendiri, bahkan dengan keluarga atau pengasuh juga bisa dilakukan. Edukasi kepada pasien harus dilaksanakan secara terstruktur dan terdokumentasi dengan baik agar kerjasama tim juga akan terbangun dengan pelaksanaan discharge planning ini.

Perawat dalam memberikan discharge planning perlu adanya panduan pelaksanaan discharge planning, agar dapat memudahkan untuk melakukan discharge planning kepada pasien dan pelaksanaannya menjadi efektif dan efisien. Pelaksanaan discharge planning juga mempunyai peran penting di dalam akreditasi rumah sakit, namun pelaksanaannya masih ada berbagai variasi di tiap rumah sakit. Perlu adanya panduan yang bisa membantu untuk memudahkan pelaksanaan tersebut, maka kami menyusun buku panduan ini.

Panduan discharge planning kepada perawat tersebut kami susun agar dapat membantu perawat dalam melakukan discharge planning. Buku ini berisi tentang konsep discharge planning, bagaimana melakukan pengkajian, menentukan diagnosa yang terkait dengan discharge planning, menyusun tujuan dan intervensi keperawatan, melakukan implementasi dan mengevaluasi, serta melakukan pendokumentasian semua pelaksanaan discharge planning tersebut.

Penulis

Muhamad Rofii



# DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>v</b>
<b>BAB I. KONSEP DISCHARGE PLANNING</b>	
A. Pengertian Discharge Planning .....	1
B. Alasan Pentingnya Discharge Planning .....	2
C. Tujuan Discharge Planning .....	2
D. Manfaat Discharge Planning .....	3
E. Sasaran Discharge Planning .....	4
F. Waktu Pelaksanaan Discharge Planning .....	4
G. Peran dan Tanggung-jawab Perawat dalam Discharge Planning .....	5
H. Elemen Discharge Planning .....	5
I. Prosedur Discharge Planning .....	6
J. Alur Discharge Planning .....	7
<b>BAB II. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DISCHARGE PLANNING</b>	
A. Faktor Personil Discharge Planning .....	9
B. Faktor Keterlibatan dan Partisipasi .....	9
C. Faktor komunikasi .....	14
D. Faktor Waktu .....	15
E. Faktor Perjanjian dan Konsesnsus .....	16
<b>BAB III. PENGKAJIAN KEPERAWATAN PADA DISCHARGE PLANNING</b>	
A. Pengertian Pengkajian .....	17
B. Bentuk-bentuk Pengkajian Discharge Planning .....	17
<b>BAB IV. DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	
A. Pengertian Diagnosa Keperawatan .....	30
B. Diagnosa Keperawatan Yang Terkait Discharge Planning .....	30
<b>BAB V. PERENCANAAN KEPERAWATAN PADA DISCHARGE PLANNING</b>	
A. Pengertian Perencanaan Keperawatan .....	46
B. Proses Perencanaan Discharge Planning .....	46
C. Perencanaan Discharge Planning Berdasarkan Diagnosa Keperawatan yang Muncul .....	46
<b>BAB VI. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN PADA DISCHARGE PLANNING</b>	
A. Pengertian Implementasi .....	61
B. Pendidikan Pasien dalam Discharge Planning .....	61
C. Persiapan Discharge Planning pada Pasien .....	62

D. Tindakan Dalam Discharge Planning .....	65
E. Penerapan Discharge Planning pada Pasien Diabetes Melitus .....	86
F. Pendokumentasian Implementasi Discharge Planning .....	89
<b>BAB VII. EVALUASI KEPERAWATAN PADA DISCHARGE PLANNING</b>	
A. Pengertian evaluasi Keperawatan .....	90
B. Evaluasi dalam Discharge Planning .....	91
C. Pendokumentasian Evaluasi Discharge Planning .....	91
D. Ringkasan (Resume) Discharge Planning .....	91
<b>BAB VIII IDEAL DISCHARGE PLANNING</b>	
A. Definisi IDEAL Discharge Planning .....	93
B. Manfaat IDEAL Discharge planning .....	93
C. Tahapan IDEAL Discharge Planning .....	93
D. Proses IDEAL Discharge Planning .....	95
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	100

# BAB I

## KONSEP DISCHARGE PLANNING

### A. Pengertian Discharge Planning

Discharge planning atau perencanaan pulang adalah suatu mekanisme untuk memberikan asuhan keperawatan secara terus-menerus, memberikan informasi tentang kebutuhan kesehatan berkelanjutan setelah pasien pulang, melaksanakan evaluasi dan mengarahkan untuk perawatan diri sendiri (Swansburg, 2000). Perencanaan pulang adalah suatu proses sistematis untuk perkiraan, persiapan dan koordinasi yang dilakukan untuk memfasilitasi pembekalan perawatan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan setelah pemulangan (Carpenito L.J., 2009). Perencanaan pulang pasien adalah suatu rencana pulang pasien yang ditulis di lembar catatan keperawatan yang merupakan tujuan dari perencanaan perawatan pasien, yang akhirnya bertujuan untuk memberdayakan klien untuk membuat keputusan dan berupaya untuk memaksimalkan potensi untuk hidup secara mandiri, dan untuk memberdayakan pasien dengan melalui dukungan dan sumber-sumber yang ada dalam keluarga atau masyarakat (NCSS, 2006).

Pengertian lain tentang perencanaan pulang adalah suatu proses yang digunakan untuk menentukan apakah pasien sudah dapat dipindahkan dari satu tingkat perawatan yang lebih tinggi ke tingkat perawatan yang dibawahnya. Pasien sering dipindahkan dari rumah sakit ke rumah atau ke fasilitas perawatan rehabilitasi, atau bahkan ke sebuah panti jompo (Shelby, 2010). Ketika merencanakan pemulangan dapat dilakukan secara bervariasi dari satu fasilitas pelayanan ke fasilitas pelayanan yang lain (NCSS, 2006). Perencanaan pulang pasien ini merupakan suatu proses yang digunakan untuk memutuskan apakah klien perlu menjaga tingkat kesehatan saat ini yang sudah baik atau perlu meningkatkan lagi status kesehatannya menjadi tingkat yang lebih tinggi lagi (Swansburg, 2000). Menurut Carpenito, perencanaan pulang dapat dikategorikan sebagai standar tambahan (Carpenito L.J., 2009).

Proses perencanaan pulang pada pasien yang dilakukan secara dini adalah penting. Ini sesuai dengan pernyataan dari *The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) yaitu untuk memfasilitasi pemulangan pada pasien dengan tingkat perawatan akut tidak dilakukan sesegera mungkin, rencana pulang dimulai sedini mungkin untuk penentuan kebutuhan aktivitas (Swansburg, 2000). Perencanaan pulang pasien yang kurang tepat bisa berdampak pada kembalinya pasien dari rumah sakit setelah pasca perawatan dan pada akhirnya pasien akan menanggung pembiayaan untuk biaya rawat inap di rumah sakit. Pasien yang memerlukan perawatan di rumah, konseling kesehatan atau penyuluhan kesehatan, dan pelayanan komunitas tetapi tidak dibantu oleh perawat di rumah sakit pada saat sebelum pemulangan klien akan berakibat pada kembalinya pasien untuk dirawat di rumah sakit (Potter, P.A. & Perry, 2005a)

Perencanaan pulang pasien pertama kali dikembangkan di rumah sakit umum dengan fokus untuk menentukan waktu meninggalkan atau pulang dari rumah sakit dan mengatur perawatan pada tingkat berikutnya (Moran, G., Semansky, R., Quinn, E., Noftsinger, R., & Koenig, 2005). Pemulangan pasien dari rumah sakit kembali ke rumah telah disepakati oleh pasien. Dengan melalui persetujuan pasien ini akan memberikan kesempatan pada pasien untuk mempersiapkan diri untuk pemulangan. Persiapan secara fisik, mental dan psikologis diperlukan untuk pemulangan (Owyong, 2010).

## **B. Alasan Pentingnya Discharge Planning**

Perencanaan pulang pasien ini merupakan elemen penting dalam penyusunan proses keperawatan. Pembuatan perencanaan pulang pasien akan memendekkan lama perawatan pasien di rumah sakit dan akan memberikan kesinambungan perawatan setelah pasien pulang ke rumah, serta akan menjadi suatu harapan kesembuhan pasien dari penyakitnya dan dapat segera kembali ke rumah mereka sendiri (Potter, P.A. & Perry, 2005a).

Perencanaan pulang pasien ini sangat penting dan dibutuhkan oleh pasien. Dokumentasi perencanaan pulang pasien akan membantu semua pihak yang terlibat dalam perawatan klien dan klien itu sendiri, selain itu memberikan pemahaman yang jelas dan harapan dari rencana tindakan termasuk harapan untuk pulang pada pasien (NCSS, 2006). Tanpa adanya suatu rencana pulang untuk pasien akan memungkinkan timbulnya suatu keragu-raguan pada peran dan harapan dari pemberi pelayanan. Selain itu akan mempengaruhi motivasi klien untuk terlibat aktif dalam pelaksanaan perawatan. Alasan penting lainnya dari perencanaan pulang adalah secara signifikan dapat meningkatkan kesehatan pasien saat pemulangan, selain itu dapat menurunkan biaya perawatan kesehatan (Shelby, 2010).

Perencanaan pulang pasien ini penting untuk melakukan perencanaan bersama-sama antara klien dan pemberi pelayanan. Pembuatan rencana pulang pasien yang dilakukan diawal akan membuat ketertarikan tersendiri bagi klien, dan ini akan membantu pemberi pelayanan dalam mencapai tujuan akhir dari pemberian dukungan pelayanan bagi klien (NCSS, 2006). Pemberdayaan klien untuk memaksimalkan potensi dan otonomi akan memberikan kemampuan dan keunikan tersendiri (Swansburg, 2000).

## **C. Tujuan Discharge Planning**

Persiapan untuk perencanaan pulang pasien dilakukan sesegera mungkin. Perawat perlu untuk merencanakan pulang bagi pasien. Menurut (WHO, 2005) dinyatakan bahwa tujuan perencanaan pulang pasien adalah:

1. Meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga tentang masalah kesehatan dan kemungkinan adanya komplikasi dari penyakitnya dan hal-hal yang perlu pembatasan yang akan diberlakukan pada pasien di rumah.

2. Mengembangkan kemampuan pasien dan keluarga untuk merawat dan memenuhi kebutuhan pasien dan memberikan lingkungan yang aman untuk pasien di rumah.
3. Memastikan bahwa rujukan yang diperlukan untuk perawatan selanjutnya pada pasien dibuat dengan tepat.

Menurut Swanburg menyatakan bahwa tujuan dari perencanaan pulang pasien adalah sebagai berikut yaitu: rencana antisipasi dan dokumentasi menurunkan jumlah penolakan dari pihak asuransi kesehatan; menurunkan jumlah kekambuhan dan akhirnya dirawat kembali di rumah sakit ataupun kunjungan ke ruang kedaruratan yang tidak perlu kecuali pada beberapa diagnosis tertentu; memastikan penggunaan tenaga perawatan kesehatan yang tepat, penggunaan sumber-sumber dan pelayanan yang optimal, dan menghindari duplikasi pelayanan; membantu pasien memahami tentang kebutuhan setelah perawatan dari rumah sakit dan biaya pengobatan; dan memastikan sumber-sumber yang ada dimasyarakat dapat dimanfaatkan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga (Swanburg, 2000). Tujuan lain dari perencanaan pulang pasien menurut (Baron, M., Erlenbusch, B., Moran, C.F., O'Connor, K., Rice, K., & Rodriguez, 2008) adalah untuk mencegah pasien dari rumah sakit menjadi tuna wisma dan menjadi pasien yang dibuang. Menurut Carpenito, tujuan perencanaan pulang adalah untuk mengidentifikasi kebutuhan khusus untuk mempertahankan atau pencapaian fungsi yang maksimal setelah pemulangan (Carpenito L.J., 2009).

Perencanaan pulang pasien harus melibatkan pasien dan anggota keluarga atau orang lain yang akan membantu memberikan perawatan pasien di rumah. Perawat harus memastikan pada pasien sesegera mungkin perihal apakah ada anggota keluarga atau orang lain di rumah yang membantu pasien selama di rumah. Perawat perlu untuk mengajarkan pada pasien dan memberi perawatan apa yang akan dilakukan di rumah (WHO, 2005).

#### **D. Manfaat Discharge Planning**

Berbagai manfaat yang diperoleh dari perencanaan pulang, baik untuk pasien, keluarga, pelayanan kesehatan di masyarakat maupun rumah sakit. Manfaat yang diperoleh dari perencanaan pulang pasien bagi klien menurut NCSS antara lain untuk menetapkan tujuan bersama antara klien dan pemberi pelayanan sesuai dengan kebutuhan klien, untuk mengelola perawatan jangka panjang, untuk mendorong pendekatan tim baik dari pemberi pelayanan yang formal maupun informal, dan untuk mendapatkan jaminan kelangsungan perawatan (NCSS, 2006).

Manfaat lain dari perencanaan pulang bagi pasien adalah merasakan bahwa dirinya adalah bagian dari proses perawatan sebagai bagian yang aktif dan bukan objek yang tidak berdaya, menyadari haknya untuk dipenuhi segala kebutuhannya, merasa nyaman untuk kelanjutan perawatannya dan memperoleh support sebelum timbulnya masalah, dapat memilih prosedur perawatannya, dan mengerti apa yang terjadi pada dirinya dan mengetahui siapa yang dapat dihubungkannya (Pemila U, 2009).

Manfaat perencanaan pulang bagi perawat antara lain merasakan bahwa keahliannya diterima dan dapat digunakan, menerima informasi kunci setiap waktu, memahami perannya dalam sistem, dapat mengembangkan ketrampilan dalam prosedur baru, memiliki kesempatan untuk bekerja dalam tempat yang berbeda dan cara yang berbeda, dan bekerja dalam suatu sistem dengan efektif (Pemila U, 2009).

#### **E. Sasaran Discharge Planning**

Setiap klien yang dirawat di rumah sakit membutuhkan perencanaan pulang. Klien yang memiliki kebutuhan kompleks yang timbul dari interaksi kebutuhan fisik, medis, sosial emosional akan mendapatkan keuntungan dari perencanaan pulang pasien (NCSS, 2006). Klien memerlukan perawat yang terampil dalam pengkajian dan mampu mengelola pelayanan keperawatan yang komprehensif. Klien juga memerlukan pelayanan keperawatan yang terkoordinasi yang baik dengan tim kesehatan yang lain dan dukungan-dukungan pelayanan, sehingga mereka dapat selalu dipantau terhadap kebutuhan perawatan klien. Para orang lanjut usia yang sudah lemah yang tinggal sendirian di rumah maupun tinggal bersama keluarga dengan dukungan keluarga secara minimal, serta anak-anak dan orang dewasa penyandang cacat akan memerlukan perencanaan pulang pasien. *The Interagency Council on Homelessness* tahun 1994 (Baron, M., Erlenbusch, B., Moran, C.F., O'Connor, K., Rice, K., & Rodriguez, 2008) dinyatakan bahwa perencanaan pulang pasien yang tidak memadai merupakan faktor yang memberikan kontribusi bagi tunawisma pada orang-orang yang mengalami sakit mental maupun gangguan penggunaan narkoba.

Menurut Rice dalam Potter & Perry bahwa setiap klien yang dirawat di rumah sakit membutuhkan perencanaan pulang. Tetapi ada beberapa kondisi yang menyebabkan klien beresiko tidak dapat memenuhi kebutuhan perawatan setelah klien pulang. Kondisi klien dengan penyakit terminal, kecacatan permanen, kurangnya sumber dana, operasi besar, operasi radikal, isolasi sosial, dan emosi atau mental yang tidak stabil dapat beresiko dalam perencanaan pulang (Potter, P.A. & Perry, 2005a). Jika klien mengalami kondisi seperti ini, maka perlu dilakukan pengkajian tentang keinginan dan kemampuan klien untuk perawatan di rumah.

#### **F. Waktu Pelaksanaan Discharge Planning**

Perencanaan pulang pasien harus dilakukan dengan jangka waktu yang optimal untuk klien. Perencanaan pulang pasien dilakukan setelah dilakukan pengkajian kepada klien (NCSS, 2006). Perencanaan pulang pasien harus dimulai setelah masuk ke rumah sakit (Baron, M., Erlenbusch, B., Moran, C.F., O'Connor, K., Rice, K., & Rodriguez, 2008). Perawat harus mengembangkan jadwal perencanaan pulang pasien sesuai dengan filosofi keperawatan dan harapan dari klien. Menurut Carpenito, perencanaan pulang harus dimulai saat masuk. Setelah pengkajian masuk, perawat harus menganalisa data untuk mengidentifikasi jika klien

atau keluarga membutuhkan tambahan perencanaan pulang atau rujukan (Carpenito L.J., 2009).

### **G. Peran dan Tanggung-jawab Perawat dalam Discharge Planning**

Pada model penugasan manajemen kasus adalah perawat manajer kasus adalah orang yang akan melaksanakan, mengkoordinasikan dan memantau kemajuan perawatan dan kesiapan klien untuk pemulangan. Klien dan pemberi pelayanan (orang tua, wali atau keluarga) dan atau orang lain yang penting juga harus aktif terlibat dan dikonsultasikan dalam perencanaan pemulangan pasien (NCSS, 2006). Jika model penugasan keperawatan adalah tim keperawatan, maka ketua tim adalah petugas kesehatan yang terlibat dalam perencanaan pemulangan pasien. Menurut Carpenito, standar perencanaan pulang adalah tanggung jawab profesi perawat untuk merawat klien atau keluarga (Carpenito L.J., 2009).

Tanggung jawab pada perencanaan pulang di beberapa rumah sakit adalah tanggung-jawab staf keperawatan, selain juga tanggung-jawab staf pekerja sosial (Baron, M., Erlenbusch, B., Moran, C.F., O'Connor, K., Rice, K., & Rodriguez, 2008). Koordinasi awal nampaknya sangat diperlukan antara staf keperawatan dengan staf pekerja sosial pada perencanaan pemulangan, ini menjadi komponen yang penting dari perencanaan tugas secara efektif di komunitas. Perawat membuat perencanaan pulang yang berfokus pada pasien, sedangkan pekerja sosial membuat perencanaan pulang yang berfokus pada sistem keluarga.

Menurut (Owyong, 2010) menyatakan bahwa perawat berperan sebagai pembuat rencana pulang bagi pasien, yaitu mengidentifikasi klien yang membutuhkan perencanaan pulang, memindahkan pasien dari satu fasilitas ke fasilitas lain (misalnya pusat perawatan masyarakat, panti jompo) dan terus menerus mengkaji dan menentukan sumber daya seperti staf dan tenaga medis yang dibutuhkan untuk menjaga kualitas pelayanan untuk pasien diluar rumah sakit. Perawat juga bertanggung jawab untuk bekerjasama dengan pasien dan penyedia layanan kesehatan di masyarakat, membangun pelayanan rujukan kesehatan, dan memeriksa pasien yang masuk setiap hari, serta memulangkan dengan menentukan mana yang akan memerlukan perawatan di luar rumah sakit. Perawat juga bertanggung jawab untuk berkoordinasi dan mempertahankan hubungan dengan perawatan, fasilitas profesional dan sumber daya (misalnya penyedia kursi roda) yang mungkin diperlukan untuk pemulihan pasien.

### **H. Elemen Discharge Planning**

Identifikasi faktor-faktor seperti lamanya tinggal, riwayat penyakit mental, penyalahgunaan zat, dan sejarah dan status tunawisma membantu perawat dalam mengantisipasi perencanaan pulang. Perencanaan pulang secara optimal dimulai pada saat pasien masuk. Elemen perencanaan pulang yang sukses harus mencakup sebagai berikut (Baron, M., Erlenbusch, B., Moran, C.F., O'Connor, K., Rice, K., & Rodriguez, 2008):

1. Perencanaan pulang harus dimulai pada saat pasien masuk.

2. Mempergunakan alat pengkajian perencanaan pulang yang khusus sehingga informasi yang diambil tidak semata-mata dari catatan pengakuan saja.
3. Merumuskan standard alat pengkajian yang berkisar pada pertanyaan-pertanyaan prediksi, seperti *checklist* gejala atau format lain yang bisa digunakan.
4. Memilih perencanaan pulang yang paling sesuai dengan pasien.

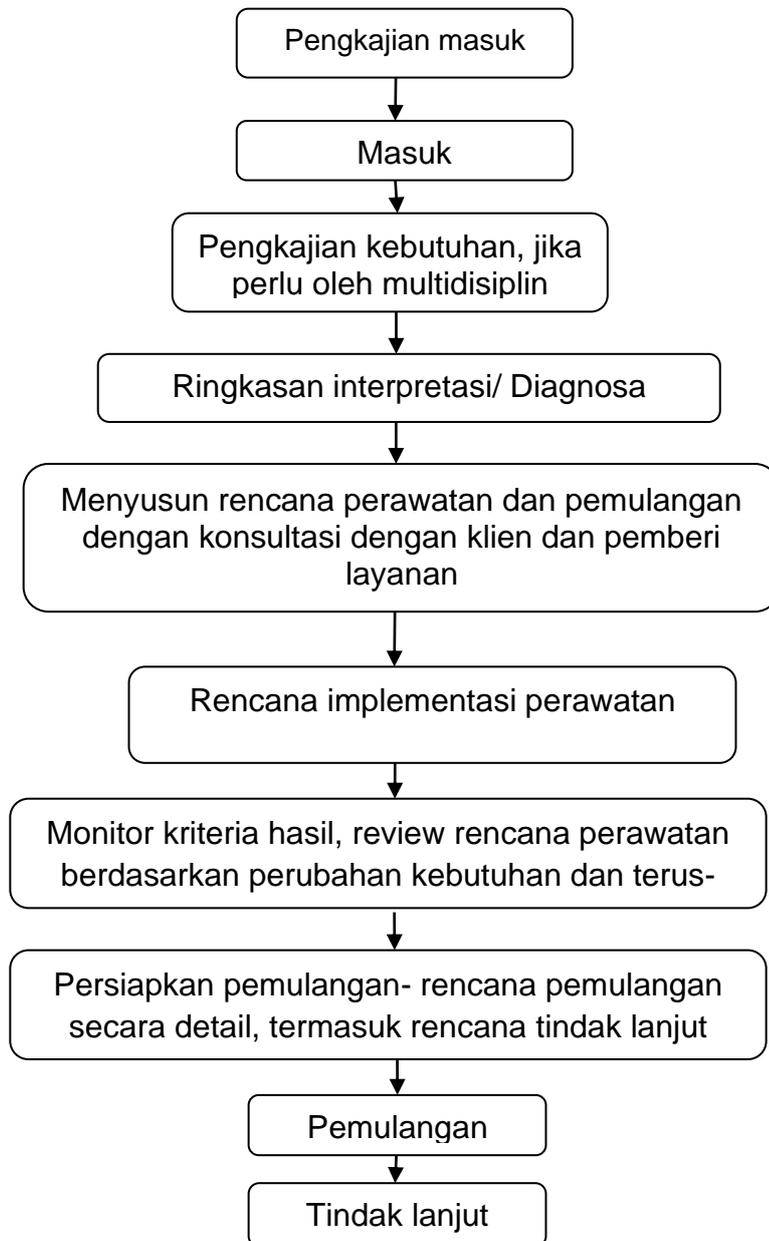
### **I. Prosedur Discharge Planning**

Perawat berperan dalam penyusunan perencanaan pulang bagi klien, maka perawat harus menerapkan langkah-langkah pada prosedur perencanaan pulang. Menurut Potter dan Perry, langkah-langkah prosedur dalam perencanaan pulang adalah sebagai berikut (Potter, P.A. & Perry, 2005a):

1. Sejak waktu penerimaan klien, lakukan pengkajian tentang kebutuhan pelayanan kesehatan untuk klien pulang, dengan menggunakan riwayat keperawatan, rencana perawatan, dan pengkajian kemampuan fisik dan fungsi kognitif yang dilakukan secara terus menerus.
2. Mengkaji kebutuhan pendidikan kesehatan untuk klien dan keluarga yang terkait dengan pelaksanaan terapi di rumah, hal-hal yang harus dihindari, dan komplikasi yang mungkin terjadi.
3. Mengkaji faktor-faktor lingkungan di rumah bersama klien dan keluarga tentang hal-hal yang mengganggu perawatan diri.
4. Berkolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu yang lain mengkaji perlunya rujukan untuk mendapat perawatan di rumah atau ditempat pelayanan yang lainnya.
5. Mengkaji penerimaan terhadap masalah kesehatan dan larangan yang berhubungan dengan masalah kesehatan tersebut.
6. Konsultasi dengan anggota tim kesehatan lain tentang berbagai kebutuhan klien setelah pulang.
7. Menetapkan diagnosa keperawatan dan rencana keperawatan. Lakukan implementasi rencana perawatan. Evaluasi kemajuan secara terus menerus. Tentukan tujuan pulang yang relevan, yaitu klien akan memahami masalah kesehatan dan implikasinya, mampu memenuhi kebutuhan individualnya, lingkungan rumah akan menjadi aman, dan tersedia sumber perawatan kesehatan di rumah.

## J. Alur Discharge Planning

Skema 1.1 Proses Keperawatan dan Perencanaan Pulang Pasien



Sumber: National Council of Social Service (2006)

Pelaksanaan perencanaan pulang dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien, apabila ada alur yang jelas untuk menuntun proses pelaksanaan tersebut. Alur proses keperawatan dan perencanaan pulang pasien menurut NCSS adalah sebagai berikut: 1) pengkajian masuk, 2) masuk, 3) pengkajian kebutuhan, 4) ringkasan interpretasi, 5) menyusun rencana perawatan dan pemulangan dengan konsultasi dengan klien dan pengasuh/keluarga, 6) rencana implementasi

perawatan, 7) monitor kriteria hasil, review rencana perawatan berdasarkan perubahan dan lakukan monitor secara terus-menerus, 8) persiapkan pemulangan dan rencana pemulangan secara detail, termasuk rencana tindak lanjut, 9) pemulangan, 10) tindak lanjut (NCSS, 2006).

## **BAB II**

### **FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DISCHARGE PLANNING**

Perencanaan pulang merupakan bagian integral dari proses keperawatan. Menurut (Policy:N-55, 2010), perencanaan pulang adalah salah satu dari tujuan proses keperawatan, oleh karena itu penerapan perencanaan pulang termasuk bagian penerapan proses keperawatan. Pelaksanaan proses keperawatan adalah tanggung jawab perawat. Keberhasilan pelaksanaan proses keperawatan juga sangat ditentukan oleh perawat, sehingga jika dianalog bahwa keberhasilan proses perencanaan pulang juga ditentukan oleh perawat. Keberhasilan perencanaan pulang dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk perawat. Perawat seperti pada sumber daya lainnya dalam melaksanakan suatu pekerjaan banyak dipengaruhi oleh motivasi yang berkaitan erat dengan ciri pribadi seseorang (Ilyas Y, 2002). Potter dan Perry (Potter, P.A. & Perry, 2005b), menyebutkan bahwa keberhasilan penerapan proses keperawatan dipengaruhi oleh diri pribadi perawat dan diri pribadi pasien. Selain itu pendapat lain dari hasil penelitian Poglitsch, Emery & Darragh (Poglitsch, L.A., Emery, M., & Darragh, 2011), dari hasil penelitian kualitatif yang telah dilakukan yaitu tentang faktor-faktor yang menentukan keberhasilan proses perencanaan pulang terdapat lima faktor yang berkontribusi. Faktor-faktor tersebut adalah faktor personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus.

#### **A. Faktor Personil Discharge Planning**

Personil perencanaan pulang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Faktor personil perencanaan pulang adalah orang-orang yang berkontribusi dalam perencanaan pulang yaitu perawat, dokter, petugas kesehatan di masyarakat, pasien dan anggota keluarga (Poglitsch, L.A., Emery, M., & Darragh, 2011). Perawat adalah salah satu personil yang mempunyai penting dalam perencanaan pulang. Menurut Nosbusch, Weiss dan Bobay (Nosbusch, J.M., Weiss, M.E., & Bobay, 2011), salah satu tantangan yang dihadapi oleh perawat dalam perencanaan pulang pada pasien dengan perawatan akut adalah kebingungan peran dan tidak terlihatnya peran staf perawat dalam perencanaan pasien pulang.

#### **B. Faktor Keterlibatan dan Partisipasi**

Keterlibatan dan partisipasi mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Keterlibatan dan partisipasi terdiri dari tingkat keterlibatan pasien dan tenaga kesehatan dan cara mereka berpartisipasi dalam perencanaan pulang (Poglitsch, L.A., Emery, M., & Darragh, 2011). Keterlibatan tim multi profesional secara dini sangat penting dalam perencanaan pulang yang efektif (Frampton R, 2011). Menurut Holland dan Heman (Holland, D.E. & Hemann, 2011),

keberhasilan standarisasi proses perencanaan pulang adalah kerjasama tim multidisiplin, hal ini penting untuk ditingkatkan bagi pelaksanaan seluruh organisasi pelayanan kesehatan. Menurut Han, Barnard dan Chapman (Han, C.Y., Barnard, A., & Chapman, 2009), perencanaan pulang adalah suatu kegiatan perencanaan pulang dengan keterlibatan dalam pendidikan pasien, praktek profesional yang dapat dipertanggung-gugat, dan adanya otonomi dalam praktek keperawatan. Peran dan tanggung-jawab perawat dalam perencanaan pulang adalah melaksanakan, mengkoordinasikan dan memantau kemajuan perawatan dan kesiapan klien untuk pemulangan. Klien dan pemberi pelayanan (orang tua, wali atau keluarga) dan atau orang lain yang penting juga harus aktif terlibat dan dikonsultasikan dalam perencanaan pemulangan pasien (NCSS, 2006). Menurut Bull, Hansen dan Gross (Bull, M.J., Hansen, H.E., & Gross, 2000), keterlibatan keluarga dalam pelaksanaan perencanaan pulang secara signifikan dapat meningkatkan kepuasan, meningkatkan persepsi tentang perawatan berkelanjutan, meningkatkan persiapan untuk merawat pasien, dan meningkatkan peran untuk memberikan pelayanan pada pasien.

Keterlibatan dan partisipasi mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning*. Keterlibatan dan partisipasi terdiri dari tingkat keterlibatan pasien dan tenaga kesehatan dan cara mereka berpartisipasi dalam *discharge planning* (Poglitsch, L.A., Emery, M., & Darragh, 2011). Keterlibatan tim multi profesional secara dini sangat penting dalam perencanaan pulang yang efektif (Frampton R, 2011). Keterlibatan keluarga dalam pelaksanaan *Discharge Planning* secara signifikan dapat meningkatkan kepuasan, meningkatkan persepsi tentang perawatan terhadap pasien yang berkelanjutan, meningkatkan persiapan untuk merawat pasien, dan meningkatkan peran untuk memberikan pelayanan secara sepenuhnya kepada pasien (Caroll, 2007).

## **1. Informasi**

Hak pasien ataupun keluarga selama di rumah sakit adalah mendapatkan informasi kesehatan yang komprehensif hingga dilakukan *discharge planning* (Asmuji, 2018). Informasi adalah anggapan untuk berpartisipasi (Rifkin & Pridmor, 2001). Menerima informasi dan mengajukan pertanyaan adalah bagian terpenting dalam berpartisipasi mengambil keputusan (Sainio, Eriksson, & Lauri, 2001). Pasien yang telah menerima informasi tentang bagaimana harus memahami gejala, mengelola obat-obatan dan aktifitas yang dibatasi, mereka merasakan kesinambungan keperawatan dan merasa lebih siap untuk mengelola diri mereka sendiri setelah pulang (Bull, Hansen, & Gross, 2000). dan lebih puas dengan *discharge planning*.

*Discharge Planning* dinilai efektif apabila dalam beberapa hal seperti mendapatkan informasi penilaian yang komprehensi mengenai perubahan kebutuhan pasien, pernyataan diagnosa keperawatan dan memastikan perencanaan kebutuhan pasien terpenuhi seperti hal yang dapat diakses menurut penyedia pelayanan kesehatan (Kozier, 2004). Informasi yang tidak

diberikan secara lengkap dan tidak jelas dapat berpengaruh pada pasien dalam pasien memahami tentang kondisi mereka. Pemberian informasi yang tidak efektif dapat menyebabkan hasil kesehatan yang lebih buruk (Wang, White, Jamison, Goldenson, & Estes, 2008). Komunikasi yang gagal mengenai informasi kesehatan kepada pasien dan keluarga dapat menyebabkan pasien tidak memahami hasil tes mereka (Rahmadiana, 2012).

Kepatuhan pasien terhadap medis sangat dipengaruhi oleh komunikasi kesehatan. Kepatuhan pasien terdiri dari dua hal seperti mereka harus memahami masalah kesehatan atau masalah kesehatan yang dihadapi. Pasien harus mengetahui dan menafsirkan informasi kesehatan pasien, dengan itu perlu diketahui bahwa dalam berkomunikasi memberikan informasi tenaga kesehatan perlu menggunakan istilah medis yang mudah di pahami dan tidak terlalu rumit. Dosis yang pada setiap obat dan lainnya (Rahmadiana, 2012).

Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa kelompok yang umum tidak puas dengan informasi yang diterima berkaitan dengan pemulangan (Driscoll, 2000). Pemulangan pasien terdapat daftar obat untuk pasien, dokter perlu memberikan informasi yang efektif kepada pasien ataupun dengan pemberi perawatan. Penelitian menunjukkan bahwa pasien setelah pemulangan tidak memahami dosis baru obat atau perubahan pengobatan.

Terkait dengan informasi sesuai dengan piramida kuesioner mengenai perkembangan dan aplikasi kepuasan pasien system pengukuran untuk peningkatan rumah sakit menyebutkan bahwa terkait dengan informasi penyakit yang diantaranya berisi penerimaan informasi yang cukup mengenai, penyakit/perjalanan penyakit, tes/ujian/perawatan yang harus dilakukan, hasil tes/pemeriksaan/perawatan dan pengobatan/ rehabilitasi (Arnetz & Bengt B., 1996).

## **2. Kebutuhan dan Tujuan**

*Discharge planning* merupakan metode untuk memastikan bahwa kebutuhan pasien setelah pemulangan akan dipenuhi untuk memungkinkan mereka berfungsi pada tingkat optimal setelah mereka kembali ke rumah. Kebutuhan pasien setelah pemulangan sangat penting untuk pasien (Birmingham, 2004). Pemulangan yang tidak matang atau pemulangan yang tidak memenuhi kebutuhan pasien dapat mengakibatkan penerimaan kembali pasien ke rumah sakit. Manfaat lain dari pemulangan awal pasien dari rumah sakit dapat meminimalisir biaya pasien.

Profesional kesehatan mempunyai peran untuk merencanakan pemulangan dan menetapkan. Dalam perencanaan dan penetapan sering tujuan tidak jelas menurut penelitian sebelumnya (Holliday, Cano, Freeman, & Playford, 2007) dan anggota mengikuti rutinitas lama dan membuat keputusan tanpa melibatkan pasien (Furaker, Hellstrom-Muhli, & Walldal, 2004). Partisipasi pasien merasakan peningkatan atau lebih saat penetapan

tujuan oleh para profesional dengan menggunakan berpusat pada klien yang berfokus pada masalah pasien dan pasien menginginkan untuk aktifitas berdiskusi yang bermakna bagi mereka (McKenna, 2000). Penelitian menyebutkan bahwa pasien lebih aktif dalam diskusi mengenai kebutuhan mereka berkaitan dengan aktifitas, emosi dan peran (fisik dan kebutuhan psikologis) dibandingkan kebutuhan untuk perawatan (Florin, Ehrenberg, & Ehnfors, 2006). Penelitian lain dengan subjek lanjut usia di layanan social menyebutkan bahwa terdapat sedikit kesempatan untuk mempengaruhi keputusan pelayanan di rumah, persepsi mereka ditentukan oleh kebijakan dan bukan dari kebutuhan individu.

Studi mengenai partisipasi dalam pengambilan keputusan menunjukkan rata-rata bervariasi dari peran pasif, peran kolaboratif hingga peran aktif. Perawat mempunyai persepsi bahwa pasien lebih suka pada peran aktif dalam pengambilan keputusan klini mengenai keperawatan. Peran pasien menyebutkan bahwa kebanyakan memilih lebih peran partisipasi pasif dalam pengambilan keputusan untuk kebutuhan umum seperti pasien lebih suka membiarkan perawat membuat keputusan akhir mengenai pengobatan yang akan dikonsumsi, namun perawat mempertimbangkan pendapat pasien secara serius (Florin, 2007). Kebutuhan lain yang lebih spesifik seperti fisik (58%) dan psikososial (63%) beberapa pasien lebih suka untuk melakukan peran bersama. Variabel seperti perempuan, tinggal sendiri, pendidikan ang tinggi dan warga lanjut usia berhubungan erat dengan peran partisipasi yang aktif.

Saat mengidentifikasi masalah, perlunya untuk mencapai kesepakatan. Kesepakatan *discharge planning* antara pasien, keluarga, dokter, dan profesional kesehatan lainnya harus menyetujui masalah kesehatan sehingga rencana perawatan dapat ditentukan. Tujuan perencanaan akan dilakukan hanya ketika masalah sudah teridentifikasi, sudah ditetapkan dan disepakati (Kamalakkannan, Sureshkumar, 2016).

Evaluasi kebutuhan perawatan yang berkelanjutan dilakukan dan diawasi oleh perawat atau pekerja sosial yang berpengalaman dalam *discharge planning*. Evaluasi tersebut bersifat multidisiplin. Masalah yang diderita pasien profesional kesehatan lain harus dilibatkan dalam evaluasi seperti perawat, pekerja sosial, terapis fisik, terapis okupasi, ahli patologi bicara dan bahasa, apoteker, ahli diet, dokter dan manajer kasus.

Kategori evaluasi pasien yang membutuhkan perawatan berkelanjutan, tidak terbatas pada penilaian kemampuan fungsional (aktivitas kehidupan sehari-hari dan aktivitas instrumental dari kehidupan sehari-hari), evaluasi dampak komorbiditas dan komplikasi pada rencana medis, kaji hambatan lingkungan terhadap perawatan setelah pemulangan dan penilaian layanan yang akan dibutuhkan oleh pasien.

Penelitian menunjukkan bahwa terdapat kebutuhan substansial yang belum terpenuhi. Implikasi finansial menyebutkan bahwa perawatan

terapeutik dan dukungan untuk pasien menjadi beban tambahan bagi pasien dan keluarga. Tenaga kesehatan perlu menjembatani kesenjangan antara aksesibilitas dan potensi penyakit pasien dalam memenuhi kebutuhan rehabilitasinya. Kebutuhan rehabilitasi setelah keluar dari rumah sakit seperti mengidentifikasi kebutuhan luas untuk layanan rehabilitasi antara pasien dan pemberi perawatan. Tujuan sasaran adalah aspek kunci dari pengembangan perencanaan keperawatan selama *discharge planning* (Holm & Mu, 2012).

Hasil tujuan sasaran yang dimaksudkan dari rencana perawatan, mengarahkan intervensi dan layanan ke perawatan lanjutan. Tinjauan literatur menggambarkan bahwa sedikit ulasan tujuan yang berfokus pada rehabilitasi, fasilitas perawatan lansia atau masyarakat. Pasien mungkin terlibat dalam penetapan tujuan namun tidak dengan penetapan berpusat pada klien, perawatan di rumah dan perawatan atau rehabilitasi jangka panjang (Levinson, 2004). Penelitian preferensi public secara nasional menyebutkan bahwa tidak semua pasien ingin berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.

### 3. Perawatan Medis

Kebutuhan medis rawat inap yang berkelanjutan ditentukan oleh kondisi kesehatan yang akut dengan tingkat keparahan cukup parah sehingga diperlukan intervensi diagnostic atau terapeutik, pemantauan yang cermat dan yang diperlukan sesuai dengan kondisi kesehatan akut (Alper, 2017). Pasien yang telah ditetapkan secara medis untuk dipulangkan maka tim perlu melaksanakan perawatan untuk menentukan perawatan yang berkelanjutan. Faktor yang perlu dipertimbangkan diantaranya adalah faktor medis, fungsional, sosial, kondisi medis akut dan kronis pasien, rehabilitasi dan kemampuan dalam pengambilan keputusan.

Pasien mungkin ingin berpartisipasi dalam berbagai cara termasuk mencari dan bertukar informasi, mendiskusikan pilihan perawatan, dan membuat keputusan akhir tentang perawatan. Namun, pengungkapan informasi, hanya langkah awal dalam proses pengambilan keputusan klinis, alternatif terapi dan pengambilan keputusan aktual (Charles, Whelan, Gafni, William, & Farell, 2003). Pengambilan keputusan perawatan bersama mengacu kepada proses di mana dokter dengan pasien berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan perawatan (Murray, 2007).

**Kesioner Tentang  
Partisipasi Pasien Dalam Discharge Planning (P-QPD)**

- 1: "Tidak, tidak sama sekali"                      3: "Iya, dalam beberapa hal"  
2: "Tidak, tidak secara khusus"                4: "Iya, dalam banyak hal"

<b>P-Informasi</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Sudahkah Anda mendapatkan informasi yang memadai mengenai:				
1. - penyakit / perjalanan penyakit Anda?				
2. - tes / pemeriksaan / perawatan?				
3. - hasil tes / pemeriksaan / perawatan?				
4. - pengobatan?				
5. - rehabilitasi?				
6. Apakah Anda memiliki kesempatan untuk bertanya tentang penyakit Anda?				
7. Sudahkah Anda memahami informasi yang Anda terima tentang penyakit Anda?				
<b>P-Perawatan Medis</b>				
8. Pernahkah Anda memiliki kesempatan untuk ikut serta dalam diskusi mengenai pemeriksaan / perawatan Anda?				
9. Pernahkah Anda memiliki kesempatan untuk mendiskusikan tujuan perawatan Anda dengan dokter?				
<b>P-Tujuan dan Kebutuhan</b>				
10. Apakah Anda memiliki kesempatan untuk ikut serta dalam diskusi mengenai persyaratan perawatan / layanan kesehatan Anda setelah pulang?				
11. Apakah Anda memiliki kesempatan untuk ikut serta dalam diskusi mengenai kebutuhan rehabilitasi Anda setelah pulang?				
12. Apakah Anda memiliki kesempatan untuk mendiskusikan tujuan perawatan / layanan kesehatan Anda setelah pulang?				
13. Apakah Anda memiliki kesempatan untuk membahas tujuan rehabilitasi Anda setelah pulang?				
14. Apakah Anda ikut serta dalam penyusunan rencana kepulangan Anda?				

*Sumber: Almborg, A. H. (2008). Perceived participation in discharge planning and health related quality of life after stroke (Doctoral dissertation, Hälsohögskolan).*

**C. Faktor Komunikasi**

Komunikasi mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Komunikasi terdiri dari sejauh mana tenaga kesehatan dan pasien berbagi informasi (Poglitsch, L.A., Emery, M., & Darragh, 2011). Perawat harus menjelaskan tujuan, manfaat dan proses perencanaan perawatan kepada klien dan pengasuh. Rencana perawatan harus disampaikan kepada klien dengan

cara dan tingkat kecepatan komunikasi yang sesuai dengan mereka. Perlu untuk mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut dalam berkomunikasi yaitu: latar belakang pribadi (profesi, agama dan suku); bahasa dan cara-cara yang disukai dalam berkomunikasi; kondisi intelektual, mental dan emosional saat berkomunikasi; dan adanya penurunan fisik (misalnya gangguan pendengaran dan visual) (NCSS, 2006). Komunikasi antara pemberi pelayanan/keluarga dan petugas yang terlibat dalam perencanaan pulang adalah penting untuk keberhasilan perencanaan pulang. Konferensi antar multidisiplin dalam pemulangan dilakukan secara rutin, dimana anggota tim berkesempatan untuk berbagi informasi secara langsung tentang keadaan klien dan kebutuhan tertentu klien (Iyer, P.W., Levin, B.J. & Shea, 2006).

Pasien dan keluarga atau orang yang merawat pasien adalah pusat proses pemulangan dan harus terlibat didalam perencanaan pulang, sehingga komunikasi ini penting untuk memastikan pasien dan keluarga atau orang merawat yang memahami semua yang didiskusikan dan diinstruksikan. Bila ada kendala bahasa, gunakan orang yang bisa membantu untuk mengatasi kendala dalam komunikasi. Kapanpun melakukan komunikasi verbal harus didukung oleh perawat dan pemberian informasi tertulis yang sesuai, khususnya untuk pasien yang tidak bisa berkomunikasi secara efektif akibat dari kendala bahasa atau ketidakmampuan (Frampton R, 2011). Menurut Nosbuch, Weiss dan Bobay (Nosbusch, J.M., Weiss, M.E., & Bobay, 2011), tantangan yang dihadapi oleh perawat dalam perencanaan pulang pada pasien dengan perawatan akut adalah intra komunikasi dan komunikasi lintas disiplin dalam perencanaan pulang.

#### **D. Faktor Waktu**

Waktu mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Waktu menggambarkan kendala waktu pada proses perencanaan pulang (Poglitich, L.A., Emery, M., & Darragh, 2011). Waktu yang cukup adalah penting bagi perencanaan pulang karena memberikan kesempatan untuk pengkajian klien, pengembangan dan pelaksanaan perencanaan pulang. Lamanya waktu yang tersedia untuk perencanaan pulang bervariasi. Pasien pulang secara dini juga dapat mempengaruhi waktu yang tersedia untuk perencanaan pulang (Moran, G., Semansky, R., Quinn, E., Noftsinger, R., & Koenig, 2005). Danvers (Danvers, 2011) menyatakan bahwa waktu yang cukup sangat penting untuk perencanaan pulang karena memberikan kesempatan untuk melakukan pengkajian klien, pengembangan dan pelaksanaan perencanaan pulang. Lamanya waktu yang tersedia untuk perencanaan pulang bervariasi pada tiap-tiap institusi yang berbeda. Hasil wawancara dengan berbagai institusi menunjukkan bahwa waktu yang tersedia untuk perencanaan pulang mempengaruhi kecukupan upaya perencanaan pulang.

Pelaksanaan perencanaan pulang adalah bagian dari penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit. Suhartini, Anggorowati dan Katili (Suhartini, Anggorowati & Katili, 2003) menyatakan bahwa belum lengkapnya

fasilitas penunjang seperti buku pedoman SAK di ruang rawat, kurangnya waktu, dan rumit serta sulitnya pengisian format menimbulkan penerapan SAK pada tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi kurang dalam penulisan. Menurut Nosbuch, Weiss dan Bobay (Nosbusch, J.M., Weiss, M.E., & Bobay, 2011), salah satu tantangan yang dihadapi oleh perawat dalam perencanaan pulang pada pasien dengan perawatan akut adalah waktu dalam perencanaan pulang.

#### **E. Faktor Perjanjian dan Konsensus**

Perjanjian atau konsensus mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Perjanjian atau konsensus adalah menggambarkan persetujuan dan kesepakatan di antara semua anggota tim kesehatan dalam perencanaan pulang pasien (Poglitsch, L.A., Emery, M., & Darragh, 2011). Proses perencanaan pulang pasien yaitu mengembangkan/menyusun perencanaan pulang pasien, membuat kesepakatan, mewujudkan rencana yang telah disepakati, dan mengantar pasien ke rumah. Perencanaan pasien dimulai dengan merencanakan perencanaan kehidupan klien atau keluarga setelah pulang (Tomura, H., Yamamoto, M.N., Nagata, Murashima, S., & Suzuki, 2011).

Tomura et al. (Tomura, H., Yamamoto, M.N., Nagata, Murashima, S., & Suzuki, 2011) menyatakan bahwa membuat perjanjian/ persetujuan pemulangan adalah kategori inti dari proses perencanaan pulang yang dilakukan oleh perawat. Proses perencanaan pulang terdiri dari: 1) mengembangkan cetak biru, 2) membuat kesepakatan, 3) mewujudkan rencana yang telah disepakati, 4) mengirimkan cetak biru ke rumah klien. Perawat memulai mengembangkan suatu cetak biru kehidupan klien/keluarga setelah pulang. Perawat diharapkan untuk membuat persetujuan dengan klien/keluarga tentang perencanaan pulang. Aktifitas perencanaan pulang secara rinci didasarkan pada kehidupan sehari-hari klien/keluarga, dan rencana yang dibuat dalam rentang yang dapat diterima oleh klien.

## **BAB III**

### **PENGAJIAN UNTUK DISCHARGE PLANNING**

#### **A. Pengertian Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi dan komunikasi data tentang klien (Potter, P.A. & Perry, 2005b). Pengkajian dalam bentuk *Checklist discharge planning* rumah sakit telah dikembangkan oleh *British Columbia Schizophrenia Society* (Society, 2007). Format *Checklist discharge planning* rumah sakit ini mengkaji tentang pengobatan, tempat tinggal, tindak lanjut kesehatan mental, aktivitas sehari-hari, tindak lanjut *medical care*, kebutuhan khusus, dan komentar tambahan.

Pengkajian discharge planning juga telah dikembangkan oleh *Management and Network Services* (MNS, 2011). Pengkajian discharge planning ini menggambarkan tentang nama, tanggal, tempat tinggal, data pengasuh, keluarga pendukung, kebutuhan transportasi, aktivitas, status mental, keamanan, keuangan, dan tindak lanjut.

Pengkajian discharge planning yang dikembangkan oleh Nursalam (Nursalam, 2001) mendeskripsikan tentang dengan siapa pasien tinggal, keinginan untuk tinggal setelah pulang, pelayanan kesehatan yang digunakan sebelum dari rumah sakit, transportasi yang digunakan saat pulang, antisipasi keuangan setelah pulang, perawatan diri dan bantuan yang diperlukan setelah pulang.

Pengembangan format pengkajian dalam bentuk checklist yang diperuntukkan bagi pasien dan pengasuh dalam rangka discharge planning pada klien yang akan meninggalkan rumah sakit, panti jompo, atau perawatan kesehatan lainnya. Petugas kesehatan akan bekerja dengan klien untuk merencanakan pemulangan klien. Klien dan pengasuh klien adalah anggota penting dari tim perencanaan. Format ini berfokus pada hal-hal sebagai berikut yaitu dimana pasien pulang, siapa yang merawat, kondisi pasien, masalah pasien dan cara mengatasinya, pengetahuan tentang obat, penggunaan bahan dan peralatan medis, kebutuhan sehari-hari, cara mengatasi penyakit, cara menghubungi dan minta bantuan petugas kesehatan, kapan kunjungan untuk kontrol, daftar obat-obatan, ringkasan status pasien, nama-nama lembaga yang dapat membantu pasien, serta siapa yang menanggung biaya pengobatan (CMS, 2008).

#### **B. Bentuk-bentuk Pengkajian Discharge Planning**

Pengkajian pasien yang dirawat di rumah sakit meliputi pengkajian secara biologis, psikologis, sosial dan kultural. Pengkajian tersebut ditambahkan dengan pengkajian yang terkait dengan discharge planning untuk melengkapi

atau menggali data yang lebih akurat untuk pelaksanaan discharge planning. Berikut adalah beberapa contoh pengkajian yang terkait discharge planning.

### Discharge planning

(Sumber: (Nursalam, 2001)

DISCHARGE PLANNING	
<input type="checkbox"/>	Tinggal: .....sendirian; .....dengan .....; .....tidak diketahui
<input type="checkbox"/>	Keinginan tinggal setelah pulang: .....rumah; ..... tidak tahu; ..... lainnya (sebutkan) ..... .....
<input type="checkbox"/>	Pelayanan kesehatan yang digunakan sebelumnya: .....home care; .....Puskesmas; .....lainnya (sebutkan) .....
<input type="checkbox"/>	Kendaraan yang digunakan saat pulang : .....mobil; .....ambulan; .....bus/taksi; .....tidak tahu.
<input type="checkbox"/>	Antisipasi terhadap keuangan setelah pulang? .....tidak; .....ya.
<input type="checkbox"/>	Antisipasi masalah perawatan diri? .....tidak; .....ya.
<input type="checkbox"/>	Bantuan yang diperlukan setelah pulang? .....tidak ada; .....ya (sebutkan) ..... .....
Tanda tangan ..... Tanggal .....	

## Pengkajian Discharge Planning

(Doenges ME, Moorhouse MF, 2010)

### **Pertimbangan Discharge Planning**

- ❖ Perkiraan jarak dari tempat tinggal (jam/hari) .....  
Rencana tanggal pemulangan .....
- ❖ Tanggal informasi diperoleh ..... Sumber .....
- ❖ Sumber-sumber tersedia: seseorang ..... Keuangan .....  
Masyarakat ..... Kelompok .....
- ❖ Area yang bisa dimintai bantuan: makanan .....  
Toko ..... Transfortasi ..... Ambulasi .....  
Perawatan diri ..... Sosialisasi ..... Pengobatan/ Terapi  
..... Penatalaksanaan ..... Perawatan luka ..... tenaga  
perawatan rumah .....
- ❖ Antisipasi perubahan situasi kehidupan setelah pemulangan .....  
fasilitas lain dari rumah .....
- ❖ Rujukan (data/sumber/pelayanan): pelayanan sosial ..... Rehabilitasi  
..... Diet: ..... Home care: ..... Peralatan:  
..... Persediaan: ..... Lain-lain: .....

# Checklist Discharge Planning Rumah Sakit

(Sumber dari British Columbia Schizophrenia Society, (Society, 2007))

## 1. PENGOBATAN

\_\_\_ Obat pasokan / resep \_\_\_\_\_

\_\_\_ Jumlah obat yang disediakan \_\_\_\_\_

\_\_\_ Edukasi pengobatan (dosis, waktu, cara penggunaan) \_\_\_\_\_

\_\_\_ Instruksi khusus \_\_\_\_\_

## 2. TEMPAT TINGGAL

\_\_\_ Asrama \_\_\_\_\_

\_\_\_ Rumah kelompok \_\_\_\_\_

\_\_\_ Hotel \_\_\_\_\_

\_\_\_ Perawatan di rumah \_\_\_\_\_

\_\_\_ Tempat tinggal keluarga \_\_\_\_\_

\_\_\_ Fasilitas pelayanan \_\_\_\_\_

\_\_\_ Rumah sendiri / hidup sendiri \_\_\_\_\_

\_\_\_ Lain-lain \_\_\_\_\_

## 3. TINDAK-LANJUT KESEHATAN MENTAL

\_\_\_ Tim Kesehatan Mental \_\_\_\_\_

\_\_\_ Psikiater / therapist \_\_\_\_\_

\_\_\_ Perawat spesialis \_\_\_\_\_

\_\_\_ Pekerja sosial psikiatri \_\_\_\_\_

\_\_\_ Kelompok Dukungan masyarakat \_\_\_\_\_

\_\_\_ Hari program rujukan \_\_\_\_\_

## 4. AKTIVITAS SEHARI-HARI

\_\_\_ Hygiene \_\_\_\_\_

\_\_\_ Aktivitas, istirahat \_\_\_\_\_

\_\_\_ Aktivitas yang membutuhkan bantuan \_\_\_\_\_

\_\_\_ Keselamatan \_\_\_\_\_

\_\_\_ Kerja, sekolah, pelatihan keterampilan \_\_\_\_\_

**5. TINDAK-LANJUT MEDICAL CARE**

\_\_\_ Penunjukan dokter umum atau specialist \_\_\_\_\_

\_\_\_ Kunjungan perawat / praktisi \_\_\_\_\_

\_\_\_ Penunjukan klinik medis \_\_\_\_\_

\_\_\_ Instruksi diet / cairan \_\_\_\_\_

\_\_\_ Perawatan gigi \_\_\_\_\_

\_\_\_ Instruksi khusus \_\_\_\_\_

**6. KEBUTUHAN KHUSUS**

\_\_\_ Edukasi pencegahan PMS dan AIDS \_\_\_\_\_

\_\_\_ Kebutuhan transportasi \_\_\_\_\_

\_\_\_ Bantuan keuangan \_\_\_\_\_

**7. KOMENTAR TAMBAHAN**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Format Keterampilan Discharge Planning

(Sumber dari MNS, (MNS, 2011))

<b>Instruksi:</b>  <i>Discharge planning</i> dimulai pada hari pertama masuk rumah sakit. Silahkan lengkapi format ini.	
Nama pasien _____ Identitas _____  Tanggal _____  Perencana <i>discharge planning</i> _____ Telp. _____	
<b>Pemulangan ke: (Cek semua yang dilaksanakan)</b>    <b>Nama Fasilitas:</b> _____ <b>Telp. Lokasi pemulangan:</b> _____	<input type="checkbox"/> Rumah: ____ Rumah susun ____ Kandang ____ Berjalan masuk ____ Tidur/mandi ____ Berjalan dalam rumah  <input type="checkbox"/> Pasien di rumah <input type="checkbox"/> <i>Long Term Care</i> <input type="checkbox"/> Bantuan hidup <input type="checkbox"/> Pusat Rehabilitasi <input type="checkbox"/> Perawatan akut <input type="checkbox"/> Rumah Kelompok <input type="checkbox"/> Lain-lain
<b>Hubungan pengasuh:</b>    <b>Nama pengasuh:</b> _____ <b>Alamat:</b> _____ <b>Kota:</b> _____ <b>Kode Pos:</b> _____ <b>Telepon:</b> _____ <b>Ketersediaan bantuan fisik:</b> _____	<input type="checkbox"/> Tinggal sendiri <input type="checkbox"/> Suami/isteri <input type="checkbox"/> Orang yang berarti <input type="checkbox"/> Wali <input type="checkbox"/> Saudara laki-laki/perempuan <input type="checkbox"/> Saudara kandung <input type="checkbox"/> Keluarga lain <input type="checkbox"/> Teman <input type="checkbox"/> Tetangga  <b>Tambahan pengasuh:</b> _____ <b>Alamat:</b> _____ <b>Kota:</b> _____ <b>Kode Pos:</b> _____ <b>Telepon:</b> _____ <b>Ketersediaan bantuan fisik:</b> _____
<b>Kontak support keluarga:</b>  <b>Apakah ada masalah pada pengasuh yang harus disadari untuk bantuan anggota yang lebih baik?</b>	<b>Nama:</b> _____  <b>Hubungan:</b> _____  <b>Telepon:</b> _____ <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Deskripsikan:

<p><b>Apakah ada sarana transportasi?</b></p> <p><b>Jenis transportasi yang diperlukan:</b></p> <p><b>Siapa yang menyediakan transportasi:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Deskripsikan:</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Mobil</p> <p>_____</p>
<p><b>Peralatan yang diperlukan:</b></p> <p><b>Silahkan gunakan:</b> _____</p> <p><b>Telepon:</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Kursi roda <input type="checkbox"/> Walker (jenis) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tongkat <input type="checkbox"/> Pengait</p> <p><input type="checkbox"/> Kaos kaki pelindung <input type="checkbox"/> Jalur landai</p> <p><input type="checkbox"/> Toilet duduk <input type="checkbox"/> Pagar pengaman</p> <p><input type="checkbox"/> Lain-lain <input type="checkbox"/> Tidak ada yg diperlukan</p>
<p><b>Tingkat aktivitas/ Status mental:</b></p> <p><b>Depression / Mental kecil?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>	<p><input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> Tidak bisa gerak</p> <p><input type="checkbox"/> Bantuan minimal <input type="checkbox"/> Bantuan penuh</p> <p><input type="checkbox"/> Sadar <input type="checkbox"/> Terorientasikan</p> <p><input type="checkbox"/> Kooperatif <input type="checkbox"/> Bingung</p> <p><input type="checkbox"/> Agitasi</p> <p>Deskripsikan kebutuhan :</p>
<p><b>Apakah pasien aman/mampu kembali ke rumah?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Jika tidak: _____</p> <p>Nama: _____</p> <p>Telepon: _____</p>
<p><b>Perencanaan Keuangan:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Tidak mampu aplikasi</p> <p><input type="checkbox"/> Bayar sendiri <input type="checkbox"/> Asuransi sekunder</p> <p><input type="checkbox"/> Pelayanan proteksi orang dewasa</p> <p><input type="checkbox"/> Lain-lain</p>
<p><b>Follow Up kunjungan ke Dokter:</b></p> <p><b>Nama</b> _____ <b>Tanggal</b> _____</p> <p><b>Komentar:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Tanda tangan :</b> _____ <b>Tanggal:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

## Discharge Planning dari Rumah Sakit, Panti Jompo atau Pelayanan Kesehatan Lain (CMS, 2008)

<b>DISCHARGE PLANNING</b>			
<p>Nama : .....</p> <p>Instruksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanyakan pada staf tentang item-item pada checklist.</li> <li>• Check kotak berikutnya pada tiap-tiap item ketika Anda atau pengasuh Anda saat melengkapinya.</li> <li>• Gunakan lembar catatan untuk menulis informasi penting ketika anda membutuhkan</li> </ul>			
<b>No</b>	<b>Pernyataan</b>	<b>Pilihan</b>	
1.	<p>Apakah Anda tahu dimana Anda akan mendapatkan perawatan dan siapa yang akan membantu Anda setelah Anda pulang? Anda mungkin di rumah atau di tempat yang lain.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mintalah staf untuk menjelaskan pilihan Anda dan pastikan mereka mengerti keinginan Anda.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Anda	<input type="checkbox"/> Anggota keluarga atau pengasuh
2.	<p>Apakah Anda memahami kondisi kesehatan anda?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanyakan apa yang mungkin terjadi dengan kesehatan Anda.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Anda	<input type="checkbox"/> Anggota keluarga atau pengasuh
3.	<p>Apakah Anda tahu apa masalah yang muncul dan bagaimana menangani mereka?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanyakan apa yang harus dilakukan dan siapa yang harus dihubungi jika Anda memiliki masalah.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Anda	<input type="checkbox"/> Anggota keluarga atau pengasuh
4.	<p>Apakah Anda tahu setiap obat yang diresepkan pada Anda? Apakah Anda tahu bagaimana mendapatkannya, dan apa efek</p>	<input type="checkbox"/> Anda	<input type="checkbox"/> Anggota keluarga atau pengasuh

	<p>sampingnya?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanyakan siapa yang Anda harus panggil jika Anda ada pertanyaan.</li> <li>• Beritahu pada staf apa resep obat anda, obat-obat lain, atau suplemen yang diberikan pada Anda sebelum Anda datang ke rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan lainnya.</li> <li>• Tanyakan apakah Anda harus tetap memakainya setelah Anda pergi.</li> </ul>		
5.	<p>Apakah Anda tahu peralatan medis apa (seperti alat bantu jalan) yang anda perlukan?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanyakan siapa yang harus menjelaskan jika Anda memiliki pertanyaan tentang peralatan Anda setelah Anda pergi.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Anda	<input type="checkbox"/> Anggota keluarga atau pengasuh
6.	<p>Apakah anda tahu yang mana dari item di bawah ini yang Anda perlu bantuan dan untuk berapa lama?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandi, berpakaian, dandan, menggunakan kamar mandi.</li> <li>• Belanja makanan, membuat makanan, melakukan pekerjaan rumah, membayar tagihan.</li> <li>• Pergi ke dokter, mendapatkan obat.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Anda	<input type="checkbox"/> Anggota keluarga atau pengasuh
7.	<p>Apakah Anda merasa nyaman melakukan tugas-tugas lain yang memerlukan keahlian khusus seperti menggunakan peralatan medis, atau mengganti perban?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanyakan siapa yang akan menunjukkan pada Anda jika Anda tidak yakin. Kemudian, tunjukkan pada mereka bahwa Anda dapat melakukan tugas ini.</li> <li>• Tanyakan siapa yang akan dipanggil jika Anda memerlukan bantuan.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Anda	<input type="checkbox"/> Anggota keluarga atau pengasuh
8.	<b>Pertanyaan untuk anggota keluarga atau</b>	<input type="checkbox"/> Anda	<input type="checkbox"/> Anggota keluarga

	<p><b>pengasuh lainnya:</b></p> <p>Apakah Anda memahami apa yang membantu pasien yang dibutuhkan dari Anda? (Ini mungkin beberapa atau semua item dari pertanyaan 6 atau 7.) Apakah Anda dapat memberikan bantuan itu?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika Anda tidak dapat memberikan bantuan itu, minta staf untuk mengubah rencana pemulangan sehingga Anda berdua mendapatkan bantuan yang Anda butuhkan.</li> </ul>		atau pengasuh
9.	<p>Apakah Anda khawatir tentang bagaimana Anda atau keluarga Anda mengatasi penyakit Anda?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mintalah untuk berbicara dengan terapis atau mencari tahu tentang kelompok dukungan, jika diperlukan.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Anda	<input type="checkbox"/> Anggota keluarga atau pengasuh
10.	<p>Apakah Anda tahu cara menghubungi dokter atau pemberi perawatan kesehatan lainnya, jika Anda memiliki pertanyaan atau masalah?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Catat nama mereka dan nomor telepon.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Anda	<input type="checkbox"/> Anggota keluarga atau pengasuh
11.	<p>Apakah Anda tahu tentang kapan Anda kunjungan kontrol dan pemeriksaan yang Anda butuhkan untuk beberapa minggu ke depan?</p>	<input type="checkbox"/> Anda	<input type="checkbox"/> Anggota keluarga atau pengasuh
12.	<p>Apakah Anda memiliki instruksi pemulangan tertulis bahwa Anda memahami, daftar obat-obatan, dan ringkasan status kesehatan Anda saat ini?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bawalah informasi ini saat kunjungan kontrol berikutnya.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Anda	<input type="checkbox"/> Anggota keluarga atau pengasuh
13.	<p>Jika Anda akan mendapatkan layanan dari lembaga perawatan kesehatan di rumah, bandingkan lembaga perawatan kesehatan di rumah tersebut.</p>	<input type="checkbox"/> Anda	<input type="checkbox"/> Anggota keluarga atau pengasuh
14.	<p>Jika anda akan mendapatkan layanan di rumah jompo, bandingkan dengan panti</p>	<input type="checkbox"/> Anda	<input type="checkbox"/> Anggota keluarga

	<p>jompo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika memungkinkan, kunjungi panti jompo.</li> </ul>		atau pengasuh
15.	<p>Bagian belakang checklist ini memiliki nama-nama lembaga yang dapat menawarkan Anda dan pengasuh Anda lebih banyak dukungan. Temukan informasi sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sumber daya komunitas untuk membantu Anda tinggal di rumah.</li> <li>• Sumber daya lain untuk membantu Anda membuat keputusan perawatan jangka panjang</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Anda	<input type="checkbox"/> Anggota keluarga atau pengasuh
16.	<p>Apakah Anda memahami berapa banyak obat resep, peralatan, dan jasa yang akan ditanggung oleh asuransi Anda dan apa saja yang Anda harus bayar?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mintalah untuk berbicara dengan seorang pekerja sosial tentang sumber daya yang mungkin membantu apakah dengan asuransi atau membayar.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Anda	<input type="checkbox"/> Anggota keluarga atau pengasuh

Pengkajian discharge planning harus memenuhi kriteria pasien yang dilakukan discharge planning saat pengkajian awal. Kriteria tersebut adalah:

- a. Pasien lanjut usia lebih dari 60 tahun.
- b. Pasien dengan gangguan anggota gerak
- c. Pasien dengan kebutuhan pelayanan kesehatan medis atau keperawatan yang berkelanjutan/panjang, contohnya pada pasien dengan penyakit kronis, atau pada pasien dengan rawat luka yang lama.
- d. Pasien yang dinilai akan memerlukan bantuan dalam aktifitas sehari-hari.

Berdasarkan kriteria tersebut, maka pengkajian discharge planning harus didasarkan pada masalah yang muncul sesuai kriteria yang diatas yaitu pasien lanjut usia lebih dari 60 tahun, pasien dengan gangguan anggota gerak, Pasien dengan kebutuhan pelayanan kesehatan medis atau keperawatan yang berkelanjutan/panjang, dan pasien yang dinilai akan memerlukan bantuan dalam aktifitas sehari-hari. Berikut adalah tabel hubungan antara kriteria pasien yang dilakukan discharge planning dengan diagnosa keperawatan pada pasien.

**Tabel Hubungan antara Kriteria Pasien yang Dilakukan Discharge Planning dengan Diagnosa Keperawatan**

<b>Kriteria Pasien yang Dilakukan Discharge Planning</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>
Pasien lanjut usia lebih dari 60 tahun	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ketidakefektifan Perlindungan (00043)</li> <li>▪ Isolasi sosial (00053)</li> <li>▪ Ketegangan peran pemberi asuhan (00061)</li> <li>▪ Ketidakefektifan Manajemen kesehatan (00078)</li> <li>▪ Ketidakefektifan Manajemen kesehatan keluarga (00080),</li> <li>▪ Hambatan mobilitas fisik (00085)</li> <li>▪ Hambatan berjalan (00088)</li> <li>▪ Hambatan mobilitas berkursi roda (00089)</li> <li>▪ Hambatan kemampuan berpindah (00090)</li> <li>▪ Intoleransi aktifitas (00092)</li> <li>▪ Keletihan (00093)</li> <li>▪ Penurunan aktifitas pengalih (rekreasi) (00097)</li> <li>▪ Hambatan pemeliharaan rumah (00098)</li> <li>▪ Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan (00099)</li> <li>▪ Defisit perawatan diri: makan (00102)</li> <li>▪ Defisit perawatan diri: eliminasi (00110)</li> <li>▪ Defisiensi pengetahuan (00126)</li> <li>▪ Ketidakefektifan perencanaan aktifitas (00199)</li> <li>▪ Risiko bunuh diri (00150)</li> <li>▪ Keluyuran (00154)</li> <li>▪ Gaya hidup kurang gerak (00168)</li> </ul>
Pasien dengan gangguan anggota gerak	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hambatan mobilitas fisik (00085)</li> <li>▪ Hambatan berjalan (00088)</li> <li>▪ Hambatan mobilitas berkursi roda (00089)</li> <li>▪ Hambatan kemampuan berpindah (00090)</li> <li>▪ Intoleransi aktifitas (00092)</li> <li>▪ Gaya hidup kurang gerak (00168)</li> </ul>
Pasien dengan kebutuhan pelayanan kesehatan medis atau keperawatan yang berkelanjutan /panjang, contohnya pada pasien dengan penyakit kronis, atau pada pasien dengan rawat luka yang lama.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ketidakefektifan Perlindungan (00043)</li> <li>▪ Isolasi sosial (00053)</li> <li>▪ Ketegangan peran pemberi asuhan (00061)</li> <li>▪ Ketidakefektifan Manajemen kesehatan (00078)</li> <li>▪ Ketidakefektifan Manajemen kesehatan keluarga (00080),</li> <li>▪ Hambatan mobilitas fisik (00085)</li> <li>▪ Hambatan berjalan (00088)</li> <li>▪ Hambatan mobilitas berkursi roda (00089)</li> <li>▪ Hambatan kemampuan berpindah (00090)</li> <li>▪ Intoleransi aktifitas (00092)</li> <li>▪ Keletihan (00093)</li> <li>▪ Penurunan aktifitas pengalih (rekreasi) (00097)</li> <li>▪ Hambatan pemeliharaan rumah (00098)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan (00099)</li> <li>▪ Defisit perawatan diri: makan (00102)</li> <li>▪ Defisit perawatan diri: eliminasi (00110)</li> <li>▪ Defisiensi pengetahuan (00126)</li> <li>▪ Ketidakefektifan perencanaan aktifitas (00199)</li> <li>▪ Risiko bunuh diri (00150)</li> <li>▪ Keluyuran (00154)</li> <li>▪ Gaya hidup kurang gerak (00168)</li> </ul>
Pasien yang dinilai akan memerlukan bantuan dalam aktifitas sehari-hari.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ketegangan peran pemberi asuhan (00061)</li> <li>▪ Hambatan mobilitas fisik (00085)</li> <li>▪ Hambatan berjalan (00088)</li> <li>▪ Hambatan mobilitas berkursi roda (00089)</li> <li>▪ Hambatan kemampuan berpindah (00090)</li> <li>▪ Intoleransi aktifitas (00092)</li> <li>▪ Keletihan (00093)</li> <li>▪ Defisit perawatan diri: makan (00102)</li> <li>▪ Defisit perawatan diri: eliminasi (00110)</li> <li>▪ Risiko bunuh diri (00150)</li> <li>▪ Keluyuran (00154)</li> </ul>

## **BAB IV**

### **DIAGNOSA KEPERAWATAN**

#### **A. Pengertian Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah interpretasi ilmiah atas data hasil pengkajian yang digunakan oleh perawat untuk membuat rencana, melakukan implementasi dan evaluasi (Lunney dalam (NANDA International, 2009). Menurut Doenges, Moorhouse, dan Geissler (2000), diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien serta respon terhadap masalah aktual dan resiko tinggi. Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis pada respon individu, keluarga atau komunitas pada masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (NANDA, 1990 dalam (Carpenito L.J., 2009).

Pernyataan yang dikembangkan oleh Scroggins, dalam NANDA International (NANDA International, 2009), diagnosa keperawatan yang aktual harus mempunyai minimal tentang label atau judul diagnosa, definisi karakteristik, faktor resiko, dan faktor-faktor yang berhubungan, yang didukung dengan referensi-referensi dan contoh-contoh yang sesuai dengan intervensi dan kriteria hasil. Diagnosa keperawatan mengandung dimensi respon manusia yang mempunyai 7 aksis taksonomi. Tujuh aksis taksonomi tersebut adalah:

1. Aksis I tentang konsep diagnosis
2. Aksis II tentang subyek diagnosa
3. Aksis III tentang penilaian
4. Aksis IV tentang lokasi
5. Aksis V tentang usia
6. Aksis VI tentang waktu
7. Aksis VI tentang status diagnosis

#### **B. Diagnosa Keperawatan Yang Terkait Discharge Planning**

Carpenito menyatakan bahwa yang termasuk standar perencanaan pulang adalah pengajaran yang dibutuhkan pada klien dengan kondisi medik dan pembedahan tertentu. Standar perawatan biasanya ditujukan pada dua diagnosa yang berisi tentang: resiko ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik dan resiko kelemahan manajemen pemeliharaan di rumah (Carpenito L.J., 2009).

Diagnosa keperawatan NANDA-I 2009-2011 yang terkait dengan discharge planning adalah sebagai berikut yaitu ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan, ketidakefektifan manajemen kesehatan diri, hambatan pemeliharaan rumah, ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga, defisiensi aktifitas pengalih, gaya hidup kurang gerak, hambatan mobilitas fisik, hambatan mobilitas berkursi roda, hambatan kemampuan berpindah, hambatan berjalan, keletihan, intoleransi aktifitas, defisit perawatan diri: mandi, defisit perawatan diri:

berpakaian, defisit perawatan diri: makan, defisit perawatan diri: eliminasi, keluyuran, sindrom gangguan interpretasi lingkungan, gangguan sensori persepsi, defisiensi pengetahuan, ketidakefektifan perencanaan aktifitas, ketegangan peran pemberi asuhan, ketidakefektifan perlindungan, risiko bunuh diri, isolasi sosial, dan sebagainya (NANDA International, 2009).

Diagnosa NANDA-I 2009-2011 terdapat perbedaan beberapa diagnosa dibandingkan dengan diagnosa NANDA-I 2015-2017. Diagnosa NANDA-I 2015-2017 tidak ditemukan lagi diagnosa Ketidakefektifan manajemen kesehatan diri dan diagnosa ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga. Sebagai gantinya diagnosa NANDA-I 2015-2017 yang ada adalah Ketidakefektifan manajemen kesehatan (00078) dan diagnosa Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga (00080) (NANDA International, 2014).

### **Gambaran Diagnosa yang Terkait Discharge Planning NANDA-I 2015-2017 dan NANDA-I 2018-2020**

<b>DIAGNOSA NANDA-I 2015-2017</b>	<b>DIAGNOSA NANDA-I 2018-2020</b>
1. Ketidakefektifan Perlindungan (00043)	1. Ketidakefektifan Perlindungan (00043)
2. Isolasi sosial (00053)	2. Isolasi sosial (00053)
3. Ketegangan peran pemberi asuhan (00061)	3. Ketegangan peran pemberi asuhan (00061)
4. Ketidakefektifan Manajemen kesehatan (00078)	4. Ketidakefektifan Manajemen kesehatan (00078)
5. Ketidakefektifan Manajemen kesehatan keluarga (00080),	5. Ketidakefektifan Manajemen kesehatan keluarga (00080),
6. Hambatan mobilitas fisik (00085)	6. Hambatan mobilitas fisik (00085)
7. Hambatan berjalan (00088)	7. Hambatan berjalan (00088)
8. Hambatan mobilitas berkursi roda (00089)	8. Hambatan mobilitas berkursi roda (00089)
9. Hambatan kemampuan berpindah (00090)	9. Hambatan kemampuan berpindah (00090)
10. Intoleransi aktifitas (00092)	10. Intoleransi aktifitas (00092)
11. Kelelahan (00093)	11. Kelelahan (00093)
12. Defisiensi aktifitas pengalih (rekreasi) (00097)	12. Penurunan aktifitas pengalih (rekreasi) (00097)
13. Hambatan pemeliharaan rumah (00098)	13. Hambatan pemeliharaan rumah (00098)
14. Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan (00099)	14. Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan (00099)
15. Defisit perawatan diri: makan (00102)	15. Defisit perawatan diri: makan (00102)
16. Defisit perawatan diri: eliminasi (00110)	16. Defisit perawatan diri: eliminasi (00110)
17. Defisiensi pengetahuan (00126)	17. Defisiensi pengetahuan (00126)
18. Ketidakefektifan perencanaan aktifitas (00149)	18. Ketidakefektifan perencanaan aktifitas (00199)
19. Risiko bunuh diri (00150)	19. Risiko bunuh diri (00150)
20. Keluyuran (00154)	20. Keluyuran (00154)
21. Gaya hidup kurang gerak (00168)	21. Gaya hidup kurang gerak (00168)

**1. Ketidakefektifan Perlindungan (00043) (NANDA International, 2018)**

<b>Definisi</b>
Penurunan kemampuan untuk melindungi diri sendiri dari ancaman internal atau eksternal seperti penyakit atau cedera.
<b>Batasan Karakteristik</b>
<input type="checkbox"/> Gangguan pembekuan darah <input type="checkbox"/> Gangguan pernapasan <input type="checkbox"/> Anoreksia <input type="checkbox"/> Menggigil <input type="checkbox"/> Batuk <input type="checkbox"/> Penurunan imunitas <input type="checkbox"/> Disorientasi <input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/> Keletihan <input type="checkbox"/> Imobilitas <input type="checkbox"/> Insomnia <input type="checkbox"/> Gatal <input type="checkbox"/> Respon stress maladaptif <input type="checkbox"/> Gangguan neurosentrik <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Gelisah <input type="checkbox"/> Lemah
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<input type="checkbox"/> Nutrisi yang adekuat <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan zat

**2. Isolasi sosial (00053) (NANDA International, 2018)**

<b>Definisi</b>
Kesendirian yang dialami oleh seseorang dan merasa seperti terganggu dan seperti sesuatu yang negatif atau kondisi yang mengancam.
<b>Batasan Karakteristik</b>
<input type="checkbox"/> Tidak adanya sistem support <input type="checkbox"/> Sendiri terganggu oleh orang lain <input type="checkbox"/> Ketidakesesuaian budaya <input type="checkbox"/> Keinginan untuk menyendiri <input type="checkbox"/> Hambatan perkembangan <input type="checkbox"/> Kondisi ketidakmampuan <input type="checkbox"/> Merasa berbeda dengan orang lain <input type="checkbox"/> Afek datar <input type="checkbox"/> Riwayat penolakan <input type="checkbox"/> Permusuhan <input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Ketidakmampuan untuk menemukan harapan pada orang lain <input type="checkbox"/> Ketidakamanan di tempat umum <input type="checkbox"/> Tindakan merasa tidak berarti <input type="checkbox"/> Anggota dari sub budaya

<input type="checkbox"/> Sedikit kontak mata <input type="checkbox"/> Pre okupasi dengan pikirannya sendiri <input type="checkbox"/> Tak bertujuan <input type="checkbox"/> Tindakan mengulang-ulang <input type="checkbox"/> Afek sedih <input type="checkbox"/> Ketidakesuaian nilai-nilai norma budaya <input type="checkbox"/> Menarik diri
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<input type="checkbox"/> Minat tidak sesuai secara perkembangan <input type="checkbox"/> Kesulitan membangun hubungan <input type="checkbox"/> Ketidamampuan melakukan kepuasan hubungan personal <input type="checkbox"/> Kekurangan sumber-sumber personal <input type="checkbox"/> Perilaku sosial tidak sesuai dengan norma <input type="checkbox"/> Nilai-nilai tidak sesuai dengan norma budaya

### 3. Ketegangan peran pemberi asuhan (00061) (NANDA International, 2018)

<b>Definisi</b>
Kesulitan dalam melakukan peran pemberi asuhan, harapan dan/atau perilaku untuk keluarga atau orang terdekat
<b>Batasan Karakteristik</b>
<b>Aktivitas pemberi asuhan</b> <input type="checkbox"/> Ketakutan tentang kemampuan pemberi asuhan di masa depan <input type="checkbox"/> Ketakutan tentang kemungkinan rawat inap bagi penerima asuhan <input type="checkbox"/> Ketakutan tentang kesehatan pemberi asuhan di masa depan <input type="checkbox"/> Ketakutan tentang kesejahteraan penerima asuhan bila tidak mampu memberi asuhan <input type="checkbox"/> Kesulitan menyelesaikan tugas yang diperlukan <input type="checkbox"/> Kesulitan melakukan tugas yang diperlukan <input type="checkbox"/> Perubahan disfungsi dalam aktivitas memberi asuhan <input type="checkbox"/> Terlalu fokus pada rutinitas asuhan <b>Status kesehatan pemberi asuhan: fisiologis</b> <input type="checkbox"/> Keletihan <input type="checkbox"/> Gangguan gastrointestinal <input type="checkbox"/> Sakit kepala <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Ruam <input type="checkbox"/> Perubahan berat badan <b>Status kesehatan pemberi asuhan :emosi</b> <input type="checkbox"/> Perubahan pola tidur <input type="checkbox"/> Marah <input type="checkbox"/> Depresi <input type="checkbox"/> Kelabilan emosi <input type="checkbox"/> Frustrasi <input type="checkbox"/> Tidak sabar <input type="checkbox"/> Strategi koping tidak efektif <input type="checkbox"/> Kurang waktu untuk memenuhi kebutuhan personal

<input type="checkbox"/> Gugup <input type="checkbox"/> Somatisasi <input type="checkbox"/> Stresor <b>Status kesehatan pemberi asuhan :sosioekonomi</b> <input type="checkbox"/> Perubahan dalam aktivitas waktu senggang <input type="checkbox"/> Produktivitas kerja rendah <input type="checkbox"/> Menolak pengembangan karier <input type="checkbox"/> Isolasi sosial <b>Hubungan pemberi asuhan-penerima asuhan</b> <input type="checkbox"/> Kesulitan mengamati pemberi asuhan mengalami proses penyakit <input type="checkbox"/> Berduka terkait perubahan hubungan dengan penerima asuhan <input type="checkbox"/> Ketidakpastian terkait perubahan hubungan dengan penerima asuhan <b>Proses keluarga</b> <input type="checkbox"/> Khawatiran tentang anggota keluarga <input type="checkbox"/> Konflik keluarga
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<b>Penerima asuhan</b> <input type="checkbox"/> Ketergantungan <input type="checkbox"/> Penerima asuhan pulang ke rumah dengan kebutuhan signifikan <input type="checkbox"/> Peningkatan kebutuhan asuhan <input type="checkbox"/> Masalah perilaku <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan zat <input type="checkbox"/> Proses penyakit yang tidak dapat diduga <input type="checkbox"/> Ketidakstabilan kondisi kesehatan <b>Pemberi asuhan</b> <input type="checkbox"/> Benturan komitmen peran <input type="checkbox"/> Strategi koping tidak efektif <input type="checkbox"/> Kurang kegembiraan emosi <input type="checkbox"/> Kekurangan energi <input type="checkbox"/> Ketidakmampuan memenuhi harapan orang lain <input type="checkbox"/> Ketidakmampuan memenuhi harapan individu <input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan tentang sumber komunitas <input type="checkbox"/> Kurang privasi <input type="checkbox"/> Kurang rekreasi <input type="checkbox"/> Isolasi <input type="checkbox"/> Pemberi asuhan belum siap secara peran sebagai pemberi asuhan <input type="checkbox"/> Gangguan fisik <input type="checkbox"/> Stresor <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan zat <input type="checkbox"/> Harapan tidak realistis terhadap diri sendiri <b>Hubungan pemberi asuhan- penerima asuhan</b> <input type="checkbox"/> Hubungan dengan penganiayaan <input type="checkbox"/> Ko-dependensi <input type="checkbox"/> Pola hubungan tidak efektif <input type="checkbox"/> Adanya penganiayaan <input type="checkbox"/> Harapan penerima asuhan tidak realistis <input type="checkbox"/> Hubungan dengan kekerasan

**4. Ketidakefektifan Manajemen kesehatan (00078) (NANDA International, 2018)**

<b>Definisi</b>
Pola regulasi dan integrasi ke dalam jadwal harian regimen terapeutik untuk pengobatan penyakit dan akibat ketidakpuasan tujuan spesifik kesehatan
<b>Batasan Karakteristik</b>
<input type="checkbox"/> Kesulitan regimen resep <input type="checkbox"/> Gagal mengikutsertakan regimen pengobatan dalam jadwal harian <input type="checkbox"/> Gagal melakukan tindakan mengurangi faktor resiko <input type="checkbox"/> Tidak efektif memilih jadwal harian untuk tujuan kesehatan
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<input type="checkbox"/> Konflik keputusan <input type="checkbox"/> Kesulitan mengelola regimen pengobatan yang kompleks <input type="checkbox"/> Kesulitan mencari sistem pelayanan kesehatan yang kompleks <input type="checkbox"/> Kelebihan kebutuhan <input type="checkbox"/> Konflik keluarga <input type="checkbox"/> Pola keluarga tentang pelayanan kesehatan <input type="checkbox"/> Tidak adekuat jumlah petunjuk tindakan <input type="checkbox"/> Tidak cukup pengetahuan tentang regimen terapeutik <input type="checkbox"/> Tidak cukup dukungan sosial <input type="checkbox"/> Merasa terhalang <input type="checkbox"/> Merasa untung <input type="checkbox"/> Merasa kondisi genting <input type="checkbox"/> Merasa lemah/rentan <input type="checkbox"/> Tidak berdaya

**5. Ketidakefektifan Manajemen kesehatan keluarga (00080) (NANDA International, 2018)**

<b>Definisi</b>
Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga , suatu program untuk pengobatan penyakit dari sekeluarga yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu dari unit keluarga
<b>Batasan Karakteristik</b>
<input type="checkbox"/> Akselerasi gejala penyakit seorang anggota keluarga <input type="checkbox"/> Kurang perhatian pada penyakit <input type="checkbox"/> Kesulitan dengan regimen yang ditetapkan <input type="checkbox"/> Kegagalan melakukan tindakan mengurangi faktor risiko <input type="checkbox"/> Ketidaktepatan aktivitas keluarga untuk memenuhi tujuan kesehatan
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<input type="checkbox"/> Konflik pengambilan keputusan <input type="checkbox"/> Kesulitan mengatasi kerumitan progsram pengobatan <input type="checkbox"/> Kesulitan mengarahkan sistem pelayanan kesehatan yang rumit <input type="checkbox"/> Konflik keluarga

**6. Hambatan mobilitas fisik (00085) (NANDA International, 2018)**

<b>Definisi</b>
Keterbatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah.
<b>Batasan Karakteristik</b>
<input type="checkbox"/> Dispnea setelah beraktifitas <input type="checkbox"/> Gangguan sikap berjalan <input type="checkbox"/> Gerakan lambat <input type="checkbox"/> Gerakan spastika <input type="checkbox"/> Gerakan tidak terkoordinasi <input type="checkbox"/> Instabilitas postur <input type="checkbox"/> Kesulitan membolak-balik posisi <input type="checkbox"/> Keterbatasan rentang gerak <input type="checkbox"/> Ketidaknyamanan <input type="checkbox"/> Melakukan aktifitas selain sebagai pengganti pergerakan (misalnya, meningkatkan perhatian pada aktifitas orang lain, mengendalikan perilaku, fokus pada aktifitas sebelum sakit) <input type="checkbox"/> Penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus <input type="checkbox"/> Penurunan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar <input type="checkbox"/> Penurunan waktu reaksi Tremor akibat bergerak
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<input type="checkbox"/> Agens farmaseutikal <input type="checkbox"/> Ansietas <input type="checkbox"/> Depresi <input type="checkbox"/> Disuse <input type="checkbox"/> Fisik tidak bugar <input type="checkbox"/> Gangguan fungsi kognitif <input type="checkbox"/> Gangguan metabolisme <input type="checkbox"/> Gangguan muskuloskeletal <input type="checkbox"/> Gangguan neuromuskular <input type="checkbox"/> Gangguan sensoriperseptual <input type="checkbox"/> Gaya hidup kurang berat <input type="checkbox"/> Indeks massa tubuh di atas persentil ke- 75 sesuai usia <input type="checkbox"/> Intoleran aktifitas <input type="checkbox"/> Kaku sendi <input type="checkbox"/> Keengganan memulai pergerakan <input type="checkbox"/> Kepercayaan budaya tentang aktifitas yang tepat <input type="checkbox"/> Kerusakan integritas struktur tulang <input type="checkbox"/> Keterlambatan perkembangan <input type="checkbox"/> Kontraktur <input type="checkbox"/> Kurang dukungan lingkungan (misalnya, fisik atau sosial) <input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan tentang nilai aktifitas fisik <input type="checkbox"/> Malnutrisi <input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> Penurunan kekuatan otot <input type="checkbox"/> Penurunan kendali otot <input type="checkbox"/> Penurunan ketahanan tubuh

- Penurunan massa otot
- Program pembatasan gerak

**7. Hambatan berjalan (00088) (NANDA International, 2018)**

<b>Definisi</b>
Keterbatasan bergerak mandiri menggunakan kaki di dalam suatu lingkungan
<b>Batasan Karakteristik</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hambatan kemampuan menaiki tangga</li> <li><input type="checkbox"/> Hambatan kemampuan menyusuri jalan</li> <li><input type="checkbox"/> Hambatan kemampuan berjalan di jalan menurun</li> <li><input type="checkbox"/> Hambatan kemampuan berjalan di jalan menjarak</li> <li><input type="checkbox"/> Hambatan kemampuan berjalan di permukaan tidak rata</li> <li><input type="checkbox"/> Tidak mampu berjalan dengan jarak tertentu</li> </ul>
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Perubahan mood</li> <li><input type="checkbox"/> Penurunan ketahanan fisik</li> <li><input type="checkbox"/> Kendala lingkungan</li> <li><input type="checkbox"/> Takut jatuh</li> <li><input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan tentang strategi mobilitas</li> <li><input type="checkbox"/> Kekuatan otot tidak memadai</li> <li><input type="checkbox"/> Obesitas</li> <li><input type="checkbox"/> Nyeri</li> <li><input type="checkbox"/> Fisik tidak bugar</li> </ul>

**8. Hambatan mobilitas berkursi roda (00089) (NANDA International, 2018)**

<b>Definisi</b>
Keterbatasan kemampuan menggunakan kursi roda secara mandiri di dalam lingkungan
<b>Batasan Karakteristik</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hambatan kemampuan mengoperasikan kursi roda manual di jalan menanjak</li> <li><input type="checkbox"/> Hambatan kemampuan mengoperasikan kursi roda manual di jalan menurun</li> <li><input type="checkbox"/> Hambatan kemampuan mengoperasikan kursi roda manual di permukaan rata</li> <li><input type="checkbox"/> Hambatan kemampuan mengoperasikan kursi roda manual di permukaan tidak rata</li> <li><input type="checkbox"/> Hambatan kemampuan mengoperasikan kursi roda manual di tepi jalan</li> <li><input type="checkbox"/> Hambatan kemampuan mengoperasikan kursi roda otomatis di jalan menurun</li> <li><input type="checkbox"/> Hambatan kemampuan mengoperasikan kursi roda otomatis di jalan menanjak</li> <li><input type="checkbox"/> Hambatan kemampuan mengoperasikan kursi roda otomatis di permukaan</li> </ul>

<p>tidak rata</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hambatan kemampuan mengoperasikan kursi roda otomatis di tepi jalan</li> <li><input type="checkbox"/> Hambatan kemampuan mengoperasikan kursi roda otomatis di permukaan rata</li> </ul>
<p><b>Faktor yang Berhubungan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fisik tidak bugar</li> <li><input type="checkbox"/> Gangguan fungsi kognitif</li> <li><input type="checkbox"/> Gangguan mood</li> <li><input type="checkbox"/> Gangguan musculoskeletal</li> <li><input type="checkbox"/> Gangguan neuromuscular</li> <li><input type="checkbox"/> Gangguan penglihatan</li> <li><input type="checkbox"/> Kekuatan otot tidak memadai</li> <li><input type="checkbox"/> Keterbatasan ketahanan tubuh</li> <li><input type="checkbox"/> Keterbatasan lingkungan (mis., tangga, tanjakan, permukaan tidak rata, rintangan, jarak)</li> <li><input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan tentang penggunaan kursi roda</li> <li><input type="checkbox"/> Nyeri</li> <li><input type="checkbox"/> Obesitas</li> </ul>

**9. Hambatan kemampuan berpindah (00090) (NANDA International, 2018)**

<p><b>Definisi</b></p> <p>Keterbatasan bergerak mandiri di antara dua permukaan yang berdekatan</p>
<p><b>Batasan Karakteristik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ketidakmampuan berpindah antara tempat tidur dan kursi</li> <li><input type="checkbox"/> Ketidakmampuan berpindah antara tempat tidur dan posisi berdiri</li> <li><input type="checkbox"/> Ketidakmampuan berpindah antara mobil dan kursi</li> <li><input type="checkbox"/> Ketidakmampuan berpindah antara kursi dan lantai</li> <li><input type="checkbox"/> Ketidakmampuan berpindah antara kursi dan posisi berdiri</li> <li><input type="checkbox"/> Ketidakmampuan berpindah antara lantai dan posisi berdiri</li> <li><input type="checkbox"/> Ketidakmampuan berpindah antara level permukaan tidak rata</li> <li><input type="checkbox"/> Ketidakmampuan masuk atau keluar bath tub</li> <li><input type="checkbox"/> Ketidakmampuan masuk atau keluar tempat mandi pancur</li> <li><input type="checkbox"/> Ketidakmampuan naik atau turun kursi buang air (commode)</li> <li><input type="checkbox"/> Ketidakmampuan naik atau turun dari toilet</li> </ul>
<p><b>Faktor yang Berhubungan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kendala lingkungan</li> <li><input type="checkbox"/> Gangguan keseimbangan</li> <li><input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan</li> <li><input type="checkbox"/> Kekuatan otot tidak memadai</li> <li><input type="checkbox"/> Obesitas</li> <li><input type="checkbox"/> Fisik tidak bugar</li> <li><input type="checkbox"/> Nyeri</li> </ul>

**10. Intoleransi aktifitas (00092) (NANDA International, 2018)**

<b>Definisi</b>
Ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan
<b>Batasan Karakteristik</b>
<input type="checkbox"/> Respons tekanan darah abnormal terhadap aktivitas <input type="checkbox"/> Respons frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas <input type="checkbox"/> Perubahan elektrokardiogram ( EKG) <input type="checkbox"/> Ketidaknyamanan setelah beraktivitas <input type="checkbox"/> Keletihan <input type="checkbox"/> Kelemahan umum
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen <input type="checkbox"/> Imobilitas <input type="checkbox"/> Tidak pengalaman dengan suatu aktivitas

#### 11. Keletihan (00093) (NANDA International, 2018)

<b>Definisi</b>
Keletihan terus-menerus dan penurunan kapasitas untuk kerja fisik dan mental pada tingkat yang lazim
<b>Batasan Karakteristik</b>
<input type="checkbox"/> Gangguan konsentrasi <input type="checkbox"/> Gangguan libido <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Kurang minat terhadap sekitar <input type="checkbox"/> Mengantuk <input type="checkbox"/> Merasa bersalah karena tidak dapat menjalankan tanggung jawab <input type="checkbox"/> Tidak mampu mempertahankan aktivitas fisik pada tingkat yang biasanya <input type="checkbox"/> Tidak mampu mempertahankan rutinitas yang biasanya <input type="checkbox"/> Peningkatan keluhan fisik <input type="checkbox"/> Peningkatan kebutuhan istirahat <input type="checkbox"/> Penurunan performa peran <input type="checkbox"/> Kekurangan energi <input type="checkbox"/> Introspeksi <input type="checkbox"/> Letargi <input type="checkbox"/> Pola tidur tidak menyehatkan <input type="checkbox"/> Kelelahan
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<input type="checkbox"/> Ansietas

<input type="checkbox"/> Depresi <input type="checkbox"/> Kendala lingkungan <input type="checkbox"/> Peningkatan kelelahan fisik <input type="checkbox"/> Malnutrisi <input type="checkbox"/> Gaya hidup tanpa stimulasi <input type="checkbox"/> Tuntutan pekerjaan <input type="checkbox"/> Fisik tidak bugar <input type="checkbox"/> Kurang tidur <input type="checkbox"/> Stressor
--

## 12. Penurunan aktifitas rekreasi (pengalih) (00097) (NANDA International, 2018)

<b>Definisi</b>
Penurunan stimulasi, minat atau partisipasi dalam aktifitas rekreasi
<b>Batasan Karakteristik</b>
<input type="checkbox"/> Perubahan mood <input type="checkbox"/> Bosan <input type="checkbox"/> Tidak senang dengan situasi <input type="checkbox"/> Afek datar <input type="checkbox"/> Sering tidur siang <input type="checkbox"/> Penurunan kondisi fisik
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<input type="checkbox"/> Saat ini tidak diperbolehkan beraktifitas <input type="checkbox"/> Kerusakan mobilitas <input type="checkbox"/> Hambatan lingkungan <input type="checkbox"/> Kurang energi <input type="checkbox"/> Kurang motivasi <input type="checkbox"/> Ketidaknyamanan fisik <input type="checkbox"/> Kurang aktifitas rekreasi

## 13. Hambatan pemeliharaan rumah (00098) (NANDA International, 2018)

<b>Definisi</b>
Ketidakmampuan untuk secara mandiri mempertahankan lingkungan yang meningkatkan pertumbuhan yang aman.
<b>Batasan Karakteristik</b>
<input type="checkbox"/> Kekurangan alat yang diperlukan untuk memasak <input type="checkbox"/> Kekurangan alat yang diperlukan untuk pemeliharaan rumah <input type="checkbox"/> Kekurangan pakaian <input type="checkbox"/> Kekurangan selimut <input type="checkbox"/> Kesulitan mempertahankan lingkungan nyaman <input type="checkbox"/> Krisis finansial (mis., utang, keuangan kurang) <input type="checkbox"/> Lingkungan tidak bersih <input type="checkbox"/> Permintaan bantuan untuk pemeliharaan rumah <input type="checkbox"/> Pola infeksi yang disebabkan oleh kondisi tidak higienis <input type="checkbox"/> Pola penyakit yang disebabkan oleh kondisi tidak higienis

<input type="checkbox"/> Tanggung jawab keluarga berlebihan
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<input type="checkbox"/> Cedera yang berdampak pada kemampuan memelihara rumah <input type="checkbox"/> Gangguan fungsi kognitif <input type="checkbox"/> Ketidaktepatan pengaturan keluarga <input type="checkbox"/> Ketidaktepatan perencanaan keluarga <input type="checkbox"/> Kondisi yang memengaruhi kemampuan memelihara rumah (mis., penyakit, cedera) <input type="checkbox"/> Kurang model peran <input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan tentang pemeliharaan rumah <input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan tentang sumber daya tetangga <input type="checkbox"/> Kurang sistem pendukung <input type="checkbox"/> Penyakit yang berdampak pada kemampuan memelihara rumah

**14. Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan (00099)** (NANDA International, 2018)

<b>Definisi</b>
Ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola, dan/atau mencari bantuan untuk mempertahankan kesejahteraan.
<b>Batasan Karakteristik</b>
<input type="checkbox"/> Tidak menunjukkan perilaku adaptif terhadap perubahan lingkungan <input type="checkbox"/> Tidak menunjukkan minat pada perbaikan perilaku sehat <input type="checkbox"/> Ketidakmampuan bertanggungjawab untuk memenuhi praktik kesehatan dasar <input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan tentang praktik kesehatan <input type="checkbox"/> Kurang dukungan sosial <input type="checkbox"/> Pola perilaku kurang mencari bantuan kesehatan
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<input type="checkbox"/> Berduka tidak tuntas <input type="checkbox"/> Hambatan pengambilan keputusan <input type="checkbox"/> Keterampilan komunikasi tidak efektif <input type="checkbox"/> Strategi koping tidak efektif <input type="checkbox"/> Sumber daya tidak cukup <input type="checkbox"/> Distres spiritual

**15. Defisit perawatan diri: makan (00102) (NANDA International, 2018)**

<b>Definisi</b>
Ketidakmampuan makan secara mandiri
<b>Batasan Karakteristik</b>
<input type="checkbox"/> Kerusakan kemampuan untuk memasukkan makanan ke mulut <input type="checkbox"/> Kerusakan kemampuan untuk mengunyah makanan <input type="checkbox"/> Kerusakan kemampuan untuk mengambil makanan dengan sendok <input type="checkbox"/> Kerusakan kemampuan untuk memegang sendok <input type="checkbox"/> Kerusakan kemampuan untuk menggerakkan makanan di mulut <input type="checkbox"/> Kerusakan kemampuan untuk membuka wadah <input type="checkbox"/> Kerusakan kemampuan untuk mengangkat cangkir <input type="checkbox"/> Kerusakan kemampuan untuk menyiapkan makanan <input type="checkbox"/> Kerusakan kemampuan untuk memakan makanan sendiri dengan lengkap <input type="checkbox"/> Kerusakan kemampuan untuk memakan makanan sendiri dengan cara yang diterima <input type="checkbox"/> Kerusakan kemampuan untuk menelan makanan <input type="checkbox"/> Kerusakan kemampuan untuk menelan sejumlah makanan <input type="checkbox"/> Kerusakan kemampuan untuk menggunakan alat bantu
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<input type="checkbox"/> Kecemasan <input type="checkbox"/> Penurunan motivasi <input type="checkbox"/> Ketidaknyamanan <input type="checkbox"/> Keseimbangan lingkungan <input type="checkbox"/> Kelelahan <input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> Kelemahan

**16. Defisit perawatan diri: eliminasi (00110) (NANDA International, 2018)**

<b>Definisi</b>
Ketidakmampuan untuk melakukan secara mandiri tugas yang berkaitan dengan eliminasi fekal dan urine.
<b>Batasan Karakteristik</b>
<input type="checkbox"/> Ketidakmampuan melakukan higiene eliminasi secara komplet <input type="checkbox"/> Ketidakmampuan menyiram toilet <input type="checkbox"/> Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi <input type="checkbox"/> Ketidakmampuan mencapai toilet <input type="checkbox"/> Ketidakmampuan naik ke toilet <input type="checkbox"/> Ketidakmampuan untuk duduk di toilet
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<input type="checkbox"/> Ansietas <input type="checkbox"/> Penurunan motivasi <input type="checkbox"/> Kendala lingkungan

<input type="checkbox"/> Keletihan <input type="checkbox"/> Hambatan kemampuan berpindah <input type="checkbox"/> Hambatan mobilitas <input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> Kelemahan
--

**17. Defisiensi pengetahuan (00126) (NANDA International, 2018)**

<b>Definisi</b>
Ketiadaan atau defisien informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu atau kemahiran.
<b>Batasan Karakteristik</b>
<input type="checkbox"/> Ketidakakuratan mengikuti perintah <input type="checkbox"/> Ketidakakuratan melakukan tes <input type="checkbox"/> Perilaku tidak tepat <input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<input type="checkbox"/> Kurang informasi <input type="checkbox"/> Kurang minat untuk belajar <input type="checkbox"/> Kurang sumber pengetahuan <input type="checkbox"/> Keterangan yang salah dari orang lain

**18. Ketidakefektifan perencanaan aktifitas (00199) (NANDA International, 2018)**

<b>Definisi</b>
Suatu ketidakmampuan untuk menyiapkan satu set aktivitas yang pasti dalam waktu dan kondisi tertentu.
<b>Batasan Karakteristik</b>
<input type="checkbox"/> Tidak ada rencana <input type="checkbox"/> Ansietas berlebihan tentang tugas yang dilakukan <input type="checkbox"/> Takut terhadap tugas yang dibebankan <input type="checkbox"/> Ketrampilan organisasi kurang memadai <input type="checkbox"/> Kurang sumber daya <input type="checkbox"/> Pola kegagalan <input type="checkbox"/> Tujuan aktivitas tidak terpenuhi <input type="checkbox"/> Khawatir tentang tugas yang tidak terlaksana
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<input type="checkbox"/> Perilaku menghindari ketika dihadapkan dengan usulan solusi <input type="checkbox"/> Hedonisme <input type="checkbox"/> Gangguan kemampuan memproses informasi <input type="checkbox"/> Kurang dukungan sosial <input type="checkbox"/> Persepsi terhadap peristiwa tidak realistis <input type="checkbox"/> Persepsi terhadap kompetensi diri tidak realistis

**19. Risiko bunuh diri (00150) (NANDA International, 2018)**

<b>Definisi</b>
Rentan untuk mencederai diri sendiri, trauma yang mengancam kehidupan
<b>Batasan Karakteristik</b>
<b>Perilaku</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Mengubah keinginan</li><li><input type="checkbox"/> Memberikan barang miliknya</li><li><input type="checkbox"/> Tidak menurut kata hati</li><li><input type="checkbox"/> Membuat keinginan</li><li><input type="checkbox"/> Tanda perubahan attitude</li><li><input type="checkbox"/> Tanda perubahan perilaku</li><li><input type="checkbox"/> Tanda perubahan performen sekolah</li><li><input type="checkbox"/> Membeli senjata</li><li><input type="checkbox"/> Menimbun obat</li><li><input type="checkbox"/> Tiba-tiba euporia pulih dari depresi mayor</li></ul>
<b>Psikososial</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Kesalahan</li><li><input type="checkbox"/> Penyalahgunaan zat</li></ul>
<b>Situasional</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Mengeluarkan senjata</li><li><input type="checkbox"/> Hilang otonomi</li><li><input type="checkbox"/> Hilang kemandirian</li></ul>
<b>Sosial</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Kelompok bunuh diri</li><li><input type="checkbox"/> Masalah disipliner</li><li><input type="checkbox"/> Kekacauan kehidupan keluarga</li><li><input type="checkbox"/> Berduka</li><li><input type="checkbox"/> Tidak berdaya</li><li><input type="checkbox"/> Tak punya harapan</li><li><input type="checkbox"/> Kurang dukungan sosial</li><li><input type="checkbox"/> Kesulitan hukum</li><li><input type="checkbox"/> Kesepian</li><li><input type="checkbox"/> Kehilangan pasangan yang berarti</li><li><input type="checkbox"/> Isolasi sosial</li></ul>
<b>Verbal</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Mengatakan ingin mati</li><li><input type="checkbox"/> Mengancam membunuh diri sendiri</li></ul>
<b>Lain-lain</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Nyeri kronis</li></ul>

**20. Keluyuran (00154) (NANDA International, 2018)**

<b>Definisi</b>
Gerakan mondar-mandir, tanpa arah, atau berulang-ulang yang membuat individu terpajan terhadap bahaya; sering kali tidak kongruen dengan lingkup, batas, atau rintangan.

<b>Batasan Karakteristik</b>
<input type="checkbox"/> Gerakan continue dari satu tempat ke tempat lain <input type="checkbox"/> Perilaku kawin lari <input type="checkbox"/> Sering berpindah dari satu tempat ke tempat lain <input type="checkbox"/> Gerakan resah <input type="checkbox"/> Hiperaktivitas <input type="checkbox"/> Ketidakmampuan menemukan penanda penting di tatanan yang dikenal <input type="checkbox"/> Memasuki ruang terlarang <input type="checkbox"/> Tersesat <input type="checkbox"/> Gerakan sembrono <input type="checkbox"/> Gerakan yang sulit dihentikan walaupun telah diminta <input type="checkbox"/> Periode panjang gerakan tanpa tujuan nyata <input type="checkbox"/> Terbirit-birit <input type="checkbox"/> Periode gerakan diselingi periode tanpa gerakan <input type="checkbox"/> Gerakan persisten dalam mencari sesuatu <input type="checkbox"/> Perilaku mencari tau <input type="checkbox"/> Perilaku mengamati-amati <input type="checkbox"/> Mengikuti gerakan pemberi asuhan <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<input type="checkbox"/> Gangguan siklus tidur-bangun <input type="checkbox"/> Keinginan untuk pulang <input type="checkbox"/> Lingkungan dengan stimulasi berlebihan <input type="checkbox"/> Status fisiologis <input type="checkbox"/> Pemisahan dari lingkungan yang dikenal

## 21. Gaya hidup kurang gerak (00168) (NANDA International, 2018)

<b>Definisi</b>
Suatu kebiasaan hidup yang dicirikan oleh tingkat aktivitas fisik yang rendah
<b>Batasan Karakteristik</b>
<input type="checkbox"/> Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia <input type="checkbox"/> <i>Deconditioning</i> fisik <input type="checkbox"/> Pilihan aktivitas yang rendah gerak fisik
<b>Faktor yang Berhubungan</b>
<input type="checkbox"/> Kurang minat pada aktivitas fisik <input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan tentang keuntungan olahraga bagi kesehatan <input type="checkbox"/> Kurang motivasi terhadap aktivitas fisik <input type="checkbox"/> Kurang sumber daya untuk aktivitas fisik <input type="checkbox"/> Kurang latihan untuk olahraga

## **BAB V**

### **PERENCANAAN KEPERAWATAN PADA DISCHARGE PLANNING**

#### **A. Pengertian Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan adalah kategori perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Potter, P.A. & Perry, 2005b).

#### **B. Proses Perencanaan Discharge Planning**

Menurut *Departement of Veterans' Affairs* (Veterans, 2005) bahwa perencanaan pemulangan melibatkan proses yang kompleks dan suatu siklus yang cepat. Proses perencanaan discharge planning adalah :

- a. Data kebutuhan pasien dalam konteks keberadaan pasien di masyarakat.
- b. Identifikasi *stakeholders* kunci dalam pemulangan pasien dan libatkan mereka dalam perencanaan pemulangan.
- c. Rumusan perencanaan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
- d. Mencocokkan kebutuhan seseorang dengan pendukung dan pelayanan yang tersedia di masyarakat.
- e. Mengembangkan dan mengimplementasikan perencanaan pemulangan yang dapat dicapai.
- f. Mengevaluasi apakah perencanaan telah sesuai dengan dampak yang diinginkan, jika tidak, revisi dan implementasikan kembali perencanaan.

#### **C. Perencanaan Discharge Planning berdasarkan Diagnosa Keperawatan yang Muncul**

Perencanaan discharge planning berdasarkan diagnosa keperawatan meliputi Ketidakefektifan Perlindungan (00043), Isolasi sosial (00053), Ketegangan peran pemberi asuhan (00061), Ketidakefektifan Manajemen kesehatan (00078), Ketidakefektifan Manajemen kesehatan keluarga (00080), Hambatan mobilitas fisik (00085), Hambatan berjalan (00088), Hambatan mobilitas berkursi roda (00089), Hambatan kemampuan berpindah (00090), Intoleransi aktifitas (00092), Keletihan (00093), Penurunan aktifitas pengalih (rekreasi) (00097), Hambatan pemeliharaan rumah (00098), Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan (00099), Defisit perawatan diri: makan (00102), Defisit perawatan diri: eliminasi (00110), Defisiensi pengetahuan (00126), Ketidakefektifan perencanaan aktifitas (00199), Risiko bunuh diri (00150), Keluyuran (00154), dan Gaya hidup kurang gerak (00168) (NANDA International, 2018).

## 1. Ketidakefektifan Perlindungan (00043)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
Klien akan mengidentifikasi intervensi untuk mencegah atau mengurangi resiko infeksi (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010)	<p>Intervensi (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Review kebutuhan nutrisi, program olahraga, dan kebutuhan istirahat</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan klien teknik untuk menjaga integritas kulit, perawatan luka, suhu, dan pencegahan penyebaran infeksi di rumah</li> <li><input type="checkbox"/> Tekankan pentingnya pemberian antivirus atau antibiotik jika diperintahkan (dosis dan lama terapi)</li> <li><input type="checkbox"/> Diskusikan dampak merokok dan perokok pasif pada infeksi saluran pernafasan</li> <li><input type="checkbox"/> Tingkatkan praktek sex lebih aman dan laporkan kontak seksual dengan penderita terinfeksi untuk mencegah penyebaran HIV atau penyakit menular seksual lainnya.</li> <li><input type="checkbox"/> Anjurkan pada orang dengan resiko tinggi, petugas kesehatan untuk vaksinasi influenza dan pneumonia</li> <li><input type="checkbox"/> Tingkatkan program imunisasi pada anak-anak. Anjurkan orang dewasa untuk update imunisasi</li> <li><input type="checkbox"/> Diskusikan kewaspadaan pada klien yang perjalanan keluar negeri, dan rujuk untuk imunisasi</li> <li><input type="checkbox"/> Review untuk penggunaan antibiotik profilaksis jika sesuai (misal sebelum dokter gigi melakukan tindakan pada klien dengan riwayat demam reumatik, penggantian katup jantung)</li> <li><input type="checkbox"/> Identifikasi sumber-sumber yang diperlukan klien (misal rehabilitasi ketergantungan obat,)</li> <li><input type="checkbox"/> Berikan informasi dan libatkan masyarakat dan program edukasi pemerintah</li> </ul>

## 2. Isolasi sosial (00053)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
<p><b>NOC: Dukungan sosial</b></p> <p>Klien akan mengekspresikan peningkatan rasa</p>	<p>Rencana untuk meningkatkan kesejahteraan(Doenges ME, Moorhouse MF, 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bantu klien untuk belajar ketrampilan sosial yg dibutuhkan.</li> <li><input type="checkbox"/> Dorong dan bantu klien untuk masuk kelas jika</li> </ul>

<p>menghargai diri sendiri (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010)</p>	<p>perlu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Libatkan anak dan remaja pada program atau aktifitas yang sesuai usia, jika diindikasikan.</li> <li><input type="checkbox"/> Bantu klien membedakan antara isolasi atau kesendirian dan diskusikan bagaimana menghindari kondisi yang tak diinginkan</li> <li><input type="checkbox"/> Libatkan klien pada program langsung untuk perbaikan dan pencegahan penyebab masalah</li> <li><input type="checkbox"/> Diskusikan penggunaan obat</li> <li><input type="checkbox"/> Rujuk pada konsultan atau ahli terapi.</li> </ul>
---	--

### 3. Ketegangan peran pemberi asuhan (00061)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pemberi asuhan dapat melakukan perannya</li> </ul> <p><b>Kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mengidentifikasi sumber dalam diri untuk mengatasi situasi</li> <li><input type="checkbox"/> Menunjukkan perubahan perilaku atau gaya hidup untuk mengatasi atau menyelesaikan faktor problematik</li> <li><input type="checkbox"/> Melaporkan perbaikan kesejahteraan umum, kemampuan untuk mengatasi situasi</li> </ul>	<p><b>Peningkatan pengasuhan (8300)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sediakan pamphlet, buku, dan bahan lainnya untuk mengembangkan keterampilan pengasuhan</li> <li><input type="checkbox"/> Tingkatkan keterampilan demonstrasi atau praktik.</li> </ul> <p><b>Dukungan pengasuhan (<i>caregiver support</i>) (7040)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Menelusuri lebih lanjut kelebihan dan kekurangan <i>caregiver</i></li> <li><input type="checkbox"/> Menyediakan dukungan untuk pengambilan keputusan <i>caregiver</i></li> <li><input type="checkbox"/> Menyediakan lingkungan untuk pengambilan keputusan <i>caregiver</i></li> <li><input type="checkbox"/> Mengajarkan <i>caregiver</i> ttg pemberian terapi bagi pasien, cara meningkatkan rasa aman bagi pasien</li> <li><input type="checkbox"/> Memberikan informasi yang diperlukan kepada <i>caregiver</i> mengenai dukungan pelayanan kesehatan yang bisa diakses</li> </ul>

### 4. Ketidakefektifan Manajemen kesehatan (00078)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
<p>Klien akan berpartisipasi dalam pemecahan masalah pada faktor</p>	<p>Intervensi (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Beri pemahaman tentang pengobatan dan penatalaksanaan</li> <li><input type="checkbox"/> Tingkatkan partisipasi dalam perencanaan dan</li> </ul>

gangguan dengan regimen terapeutik terintegrasi (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010)	<p>proses evaluasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bantu klien untuk mengembangkan strategi monitoring regimen terapeutik</li> <li><input type="checkbox"/> Mobilisasi sistem dukungan: keluarga, masyarakat, keuangan dan lain-lain.</li> <li><input type="checkbox"/> Identifikasi pelayanan keperawatan di rumah dan komunitas.</li> </ul>
--	--

#### 5. Ketidakefektifan Manajemen kesehatan keluarga (00080)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
<p>Klien akan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mengidentifikasi faktor individu yang mempengaruhi regulasi/integrasi program pengobatan.</li> <li><input type="checkbox"/> Berpartisipasi pada pemecahan masalah pada faktor-faktor yang teridentifikasi</li> <li><input type="checkbox"/> Menyampaikan penerimaan kebutuhan /keinginan untuk merubah tindakan untuk mencapai kriteria hasil atau tujuan kesehatan</li> </ul>	<p>Intervensi (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bantu keluarga mengidentifikasi kriteria untuk meningkatkan evaluasi diri dan menjadi efektif, dan kemajuan keluarga.</li> <li><input type="checkbox"/> Buat rujukan atau rencana kerjasama dengan petugas kesehatan lain, sosial dan sumber-sumber di masyarakat.</li> <li><input type="checkbox"/> Beri kontak person atau case manager untuk satu per satu asisten jika diperlukan.</li> </ul>

#### 6. Hambatan mobilitas fisik (00085)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
<p><b>NOC:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mobilitas fisik teratasi</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Menyatakan pemahaman tentang situasi dan program terapi individu dan tindakan keamanan</li> <li><input type="checkbox"/> Mendemonstrasikan teknik atau perilaku yang memungkinkan kelanjutan aktivitas</li> </ul>	<p>Intervensi (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ajarkan klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera</li> <li><input type="checkbox"/> Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi</li> <li><input type="checkbox"/> Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan</li> <li><input type="checkbox"/> Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika</li> </ul>

<input type="checkbox"/> Berpartisipasi dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) dan aktivitas yang diinginkan (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010)	diperlukan
--	------------

### 7. Hambatan berjalan (00088)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
Klien akan mengungkapkan pemahaman situasi, faktor resiko dan keselamatan (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010)	<b>Intervensi (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Evaluasi lingkungan rumah klien tentang rintangan untuk berjalan (misal kondisi tidak rata, banyak tangga, tidak landai, jaraknya jauh)</li> <li><input type="checkbox"/> Libatkan klien dalam menyelesaikan masalah, bantu untuk mempelajari cara mengelola kekurangan</li> <li><input type="checkbox"/> Dorong untuk berpartisipasi program latihan baik yang aktif dan pasif.</li> <li><input type="checkbox"/> Diskusikan untuk penggunaan scooter listrik jika diperlukan</li> <li><input type="checkbox"/> Identifikasi sumber-sumber yang sesuai untuk memperoleh dan menggunakan alat-alat dan modifikasi lingkungan untuk meningkatkan keselamatan jalan</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan klien untuk menilai keselamatan di rumah (seperti: menjaga jalur jalan yang aman, penerangan yang cukup, memakai kaca mata, pegangan pada tangga, pegangan di kamar mandi, menggunakan walker / tongkat di tempat yang tidak rata)</li> <li><input type="checkbox"/> Diskusikan kebutuhan emergency call</li> </ul>

### 8. Hambatan mobilitas berkursi roda (00089)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
Klien akan mengidentifikasi dan menggunakan sumber-sumber yang sesuai (Doenges ME, Moorhouse MF,	<b>Intervensi (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Identifikasi dan rujuk kepada penyedia alat-alat kesehatan</li> <li><input type="checkbox"/> Dorong klien terlibat dalam membuat keputusan jika mungkin</li> <li><input type="checkbox"/> Libatkan klien dalam perawatan, bantu dalam mengelola masalah immobilitas</li> </ul>

2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Demonstrasikan atau beri informasi yang berhubungan dengan keselamatan individu, termasuk pemakaian kursi roda (seperti kunci kursi roda, as roda, roda kecil, bagian metal, baterai)</li> <li><input type="checkbox"/> Rujuk kepada support group yang terkait untuk kondisi medis khusus / disabilitas.</li> <li><input type="checkbox"/> Identifikasi sumber-sumber di komunitas yang memberi dukungan terus-menerus.</li> </ul>
-------	---

### 9. Hambatan kemampuan berpindah (00090)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
Klien akan menyampaikan pemahaman tentang situasi dan keselamatan yang sesuai (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010)	Intervensi (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan klien sesuai dengan langkah-langkah keselamatan (seperti penggunaan papan transfer, penguncian roda pada tempat tidur dan kursi roda, penempatan peralatan yang benar untuk mekanika tubuh optimal klien, penggunaan sabuk pengaman, alas kaki nonslip yang mendukung, penerangan yang baik, lantai yang bersih).</li> <li><input type="checkbox"/> Diskusikan kebutuhan dan sumber-sumber untuk perawatan atau supervisi. Agen perawatan di rumah, perawatan usia lanjut, teman pribadi, mungkin diperlukan untuk membantu atau memantau aktivitas</li> <li><input type="checkbox"/> Merujuk pada sumber daya masyarakat yang sesuai untuk evaluasi dan modifikasi lingkungan (mis., pancuran atau bak kamar mandi, pembetulan lantai yang tidak rata dan tangga, instalasi yang landai, penggunaan meja berdiri atau lift.</li> </ul>

### 10. Intoleransi aktifitas (00092)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
Klien akan: (Sue Moorhead, Marion Johnson, Merdean L.Maas, 2016) <input type="checkbox"/> <b>Toleransi aktivitas:</b> respon fisiologis terhadap	Menurut (Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, 2016): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan</li> <li><input type="checkbox"/> Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial</li> </ul>

<p>gerakan yang menggunakan energi pada aktivitas sehari hari</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Penghematan energi:</b> tindakan personal untuk mengatur energi guna memulai dan mempertahankan aktivitas</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Ketahanan:</b> kapasitas untuk mempertahankan aktivitas.</p> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mengidentifikasi faktor negative yang mempengaruhi toleransi aktivitas dan menghilangkan atau mengurangi efeknya jika memungkinkan</p> <p><input type="checkbox"/> Menggunakan teknik yang diidentifikasi untuk meningkatkan toleransi aktivitas</p> <p><input type="checkbox"/> Berpartisipasi dalam aktivitas yang diperlukan/diharapkan</p>	<p><input type="checkbox"/> Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan</p> <p><input type="checkbox"/> Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai</p> <p><input type="checkbox"/> Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang</p> <p><input type="checkbox"/> Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas</p> <p><input type="checkbox"/> Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan</p> <p><input type="checkbox"/> Terapi aktivitas : membuat program dan membantu aktivitas fisik, kognitif, social dan spiritual yang spesifik untuk meningkatkan rentang, frekuensi atau durasi aktivitas individu</p> <p><input type="checkbox"/> Manajemen energy : mengatur penggunaan energy untuk menangani atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan fungsi</p> <p><input type="checkbox"/> Promosi latihan : memfasilitasi aktivitas fisik yang teratur untuk mempertahankan atau meningkatkan ke tingkat kebugaran dan kesehatan yang lebih tinggi</p>
--	--

### 11. Kelelahan (00093)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
Klien akan (Sue Moorhead, Marion Johnson, Merdean L.Maas, 2016) :	<p><b>Manajemen energy (0180)</b> (Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, 2016)</p> <p><input type="checkbox"/> Ajarkan pasien mengenai pengelolaan kegiatan dan teknik manajemen waktu</p>

<p><b>Kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Melaporkan peningkatan rasa energy</li> <li><input type="checkbox"/> Mengidentifikasi dasar keletihan dan area kendali individu</li> <li><input type="checkbox"/> Melakukan aktivitas kehidupan sehari hari dan berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan sesuai tingkat kemampuan</li> <li><input type="checkbox"/> Berpartisipasi dalam program terapi yang direkomendasikan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bantu pasien untuk mengidentifikasi tugas/kegiatan rumah yang bisa dilakukan oleh keluarga dan teman di rumah untuk mencegah/mengatasi kelelahan</li> <li><input type="checkbox"/> Susun kegiatan fisik untuk mengurangi penggunaan cadangan oksigen untuk fungsi organ vital (misalnya, menghindari aktivitas segera setelah makan)</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien/ orang yang dekat dengan pasien mengenai kelelahan (gejala yang mungkin muncul), teknik perawatan diri yang memungkinkan penggunaan energy sehemat mungkin</li> </ul> <p><b>Manajemen nutrisi (1100)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Jelaskan pasien mengenai kebutuhan nutrisi</li> <li><input type="checkbox"/> Anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit (pembatasan natrium, kalium, protein, dan cairan)</li> <li><input type="checkbox"/> Anjurkan pasien untuk memantau kalori dan <i>intake</i> makanan (buku harian)</li> </ul> <p><b>Peningkatan tidur (1850)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Jelaskan pentingnya tidur yang cukup</li> <li><input type="checkbox"/> Jelaskan efek dari obat (yang dikonsumsi) pasien terhadap pola tidur</li> <li><input type="checkbox"/> Anjurkan pasien untuk menghindari makanan dan minum sebelum tidur yang dapat memfasilitasi/mengganggu tidur</li> <li><input type="checkbox"/> Ajarkan pasien bagaimana melakukan relaksasi otot autogenik atau bentuk non farmakologi</li> <li><input type="checkbox"/> Mulai/terapkan langkah kenyamanan seperti pijat, pemberian posisi, dan sentuhan afektif</li> <li><input type="checkbox"/> Anjurkan untuk tidur siang, jika diindikasikan untuk memenuhi kebutuhan tidur</li> <li><input type="checkbox"/> Berikan pamflet dengan informasi mengenai teknik untuk meningkatkan tidur</li> </ul>
--	---

## 12. Penurunan aktifitas pengalih (rekreasi) (00097)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
Klien akan mengenali respons psikologisnya sendiri (mis., kemarahan yang tanpa harapan, depresion) dan memulai tindakan koping yang tepat	Intervensi (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Jelaskan pilihan kegiatan yang bermanfaat menggunakan kekuatan / kemampuan dan minat orang tersebut untuk melibatkan klien</li> <li><input type="checkbox"/> membuat referensi yang sesuai untuk</li> </ul>

Klien akan terlibat dalam kegiatan yang memuaskan dalam keterbatasan pribadi (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010)	sumber daya yang tersedia (mis. kelompok olahraga, klub hobi, sukarelawan, organisasi pendamping dan layanan) melakukan perkenalan atau melanjutkan kegiatan pengalihan dalam pengaturan rumah / rumah komunitas
---	--

### 13. Hambatan pemeliharaan rumah (00098)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
<input type="checkbox"/> Klien akan faktor-faktor individu yang berhubungan dengan kesulitan mempertahankan lingkungan yang aman. <input type="checkbox"/> Klien akan menyampaikan rencana untuk mengeliminasi zat-zat berbahaya bagi kesehatan dan keselamatan. <input type="checkbox"/> Klien akan mengadopsi perilaku yang merefleksikan perubahan gaya hidup untuk menciptakan dan mempertahankan kesehatan dan mempromosikan pertumbuhan. (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010)	Intervensi (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Evaluasi klien dengan menghubungi ke masyarakat atau sebelum pemulangan untuk memastikan jika perawatan rumah siap untuk rujukan yang tepat.</li> <li><input type="checkbox"/> Diskusikan lingkungan yang berbahaya, yang mungkin secara negatif berdampak pada kesehatan atau kemampuan melakukan aktifitas yang diinginkan.</li> <li><input type="checkbox"/> Diskusikan rencana jangka panjang mengenai kebutuhan lingkungan (mis. seorang pendamping, pengontrol untuk peralatan listrik, pembuangan sampah dan layanan pengendalian hama</li> <li><input type="checkbox"/> Beri informasi yang diperlukan pada situasi secara individu.</li> <li><input type="checkbox"/> Identifikasi cara untuk mengakses atau menggunakan sumber-sumber di masyarakat dan sistem pendukung (misalnya keluarga besar, teangga, kelompok keagamaan, alumni)</li> </ul>

### 14. Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan (00099)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
Klien akan mengungkapkan kemampuan untuk mengatasi secara cukup dengan situasi yang ada,	Intervensi (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010) : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Beri informasi tentang kebutuhan asuransi kesehatan, gunakan gaya pembelajaran yang disukai klien (misal gambar-gambar, tulisan, video, internet).</li> <li><input type="checkbox"/> Batasi jumlah informasi yang dipresentasikan pada</li> </ul>

<p>memberi dukungan dan monitoring jika diperlukan (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010)</p>	<p>satu waktu, khususnya ketika dengan lansia atau klien yang mengalami keterbatasan kognitif.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bantu klien untuk memprioritaskan tujuan asuransi kesehatan. Beri foto kopian syarat-syarat yang terkait untuk proses perencanaan sebagai referensi ke depan jika diperlukan.</li> <li><input type="checkbox"/> Bantu klien untuk mengembangkan ketrampilan manajemen stress.</li> <li><input type="checkbox"/> Identifikasi tanda dan gejala yang diperlukan untuk skrining berikutnya, evaluasi dan follow up. Penting untuk mengidentifikasi perkembangan masalah yang dapat mengganggu kondisi yang baik.</li> <li><input type="checkbox"/> Buat rujukan jika diperlukan untuk pelayanan sosial dll.</li> </ul>
---	--

### 15. Defisit perawatan diri: makan (00102)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
<p>Klien akan mampu melakukan perawatan diri: makan (Sue Moorhead, Marion Johnson, Merdean L.Maas, 2016).</p> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mengidentifikasi kesukaan dalam aktivitas perawatan diri</li> <li><input type="checkbox"/> Mendemonstrasikan kebersihan optimal setelah bantuan dalam perawatan diberikan: makan</li> </ul>	<p><b>Bantuan perawatan diri : pemberian makan (1803)</b> (Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, 2016)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Identifikasi diet yang disarankan</li> <li><input type="checkbox"/> Pastikan diri klien atau anggota keluarga mengenal makanan yang disukai atau tidak disukai</li> <li><input type="checkbox"/> Pastikan pola makan klien yang biasa dan berikan jenis makanan sesuai dengan kesukaannya</li> <li><input type="checkbox"/> Dorong pasien untuk makan makanan yang dapat dimakan dengan tangan (mis, roti, buah) untuk meningkatkan kemandirian</li> </ul>

### 16. Defisit perawatan diri: eliminasi (00110)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
<p>Klien akan mampu melakukan perawatan diri: eliminasi.</p> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mendemonstrasikan kebersihan optimal setelah bantuan dalam perawatan diberikan: ke toilet</li> </ul>	<p><b>Bantuan perawatan diri : eliminasi (1804)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Buatlah jadwal aktivitas terkait eliminasi, dengan tepat</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien atau yang lain dalam rutinitas toilet</li> <li><input type="checkbox"/> Buatlah kegiatan eliminasi, dengan tepat dan sesuai kebutuhan</li> </ul>

## 17. Defisiensi Pengetahuan (00126)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.....</p> <p><b>Pengetahuan:</b> tingkat pemahaman yang disampaikan tentang proses penyakit spesifik, promosi dan perlindungan kesehatan yang optimal.</p> <p><b>Proses informasi:</b> kemampuan untuk mendapatkan, mengatur dan menggunakan informasi. (Sue Moorhead, Marion Johnson, Merdean L.Maas, 2016)</p> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Menyatakan pemahaman tentang kondisi atau proses penyakit dan terapi</li> <li><input type="checkbox"/> Mengidentifikasi hubungan tanda/gejala dengan proses penyakit dan menghubungkan gejala dengan faktor penyebab</li> <li><input type="checkbox"/> Melakukan</li> </ul>	<p>Menurut (Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, 2016):</p> <p><b>Pengajaran : proses penyakit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Jelaskan proses penyakit, patofisiologi, tanda dan gejala dari penyakit dan bagaimana hubungannya dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat (sesuai kebutuhan).</li> <li><input type="checkbox"/> Berikan informasi pada pasien mengenai kondisinya, dengan cara yang tepat (sesuai kebutuhan).</li> <li><input type="checkbox"/> Beri informasi kepada keluarga/orang yang penting bagi pasien mengenai perkembangan pasien, sesuai kebutuhan</li> <li><input type="checkbox"/> Beri informasi mengenai pemeriksaan diagnostik yang tersedia, sesuai kebutuhan</li> <li><input type="checkbox"/> Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau mengontrol proses penyakit</li> <li><input type="checkbox"/> Diskusikan pilihan terapi atau penanganan</li> <li><input type="checkbox"/> Jelaskan alasan dibalik manajemen/ terapi/penanganan yang direkomendasikan</li> <li><input type="checkbox"/> Jelaskan komplikasi kronik yang mungkin ada, sesuai kebutuhan</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien mengenai tindakan untuk mencegah/meminimalkan efek samping penanganan dari penyakit, sesuai kebutuhan</li> <li><input type="checkbox"/> Edukasi pasien mengenai tindakan untuk mengontrol/meminimalkan gejala, sesuai kebutuhan</li> <li><input type="checkbox"/> Eksplorasi sumber-sumber dukungan yang ada, sesuai kebutuhan</li> <li><input type="checkbox"/> Rujuk pasien kepada kelompok pendukung/agen komunitas lokal, sesuai kebutuhan</li> <li><input type="checkbox"/> Edukasi pasien mengenai tanda dan gejala yang harus dilaporkan kepada petugas kesehatan, sesuai kebutuhan</li> </ul> <p><b>Pengajaran : Diet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ajarkan pasien nama-nama makanan yang sesuai dengan diet yang disarankan</li> <li><input type="checkbox"/> Jelaskan pada pasien mengenai tujuan kepatuhan terhadap diet yang disarankan terkait dengan kesehatan secara umum</li> <li><input type="checkbox"/> Informasikan pada pasien jangka waktu pasien harus</li> </ul>

<p>prosedur yang diperlukan dengan benar dan menjelaskan alasan untuk tindakan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan dan berpartisipasi dalam program terapi.</li> </ul>	<p>mengikuti diet yang disarankan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ajarkan pasien untuk membuat diary makanan yang dikonsumsi, jika diperlukan</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipanggang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan</li> <li><input type="checkbox"/> Informasikan pada pasien kemungkinan interaksi obat dan makanan yang akan tersaji</li> <li><input type="checkbox"/> Bantu pasien untuk memilih makanan kesukaan yang sesuai dengan diet yang disarankan</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan kepada pasien untuk merencanakan diet yang sesuai</li> <li><input type="checkbox"/> Sediakan contoh menu makanan yang sesuai</li> <li><input type="checkbox"/> Tekankan pentingnya pemantauan yang berkelanjutan dan beritahu pasien jika harus merubah program diet yang disarankan sesegera mungkin</li> </ul> <p><b>Pengajaran : pengobatan (peresepan obat-obatan)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Informasikan pasien mengenai nama generik dan merek dagang setiap obat</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien mengenai tujuan dan kerja setiap obat</li> <li><input type="checkbox"/> Jelaskan bagaimana petugas kesehatan memilih obat yang paling sesuai</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien mengenai dosis, rute dan durasi setiap obat</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien mengenai cara pemberian/aplikasi yang sesuai dari setiap obat</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien untuk melakukan prosedur yang dibutuhkan sebelum memakai obat-obatan (misalnya, memeriksa nadi, gula darah), sesuai kebutuhan</li> <li><input type="checkbox"/> Informasikan pasien mengenai apa yang harus dilakukan jika dosis obat-obatan hilang</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien mengenai kriteria yang digunakan ketika memutuskan untuk merubah dosis/waktu pemberian obat, sesuai kebutuhan</li> <li><input type="checkbox"/> Informasikan pasien konsekuensi tidak memakai obat atau menghentikan pemakaian obat secara tiba-tiba</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien mengenai kemungkinan efek samping setiap obat</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien bagaimana menghilangkan dan/atau mencegah efek samping tertentu sesuai kebutuhan</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien mengenai tindakan yang tepat jika efek samping muncul</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala kelebihan atau kekurangan dosis</li> <li><input type="checkbox"/> Informasikan pasien kemungkinan interaksi obat</li> </ul>
---	---

	<p>terhadap obat lain/makanan, sesuai kebutuhan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien mengenai cara menyimpan obat-obatan dengan tepat</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien dalam merawat alat yang digunakan untuk pemberian obat</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien cara yang tepat untuk membuang jarum dan spuit di rumah, sesuai kebutuhan dan dimana membuang wadah benda tajam (bila berada) di komunitas</li> <li><input type="checkbox"/> Bantu pasien dalam membuat jadwal pemakaian obat</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien untuk menyimpan dokumentasi regimen obat-obatan dirinya</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan pasien bagaimana cara membeli obat-obatan yang diresepkan untuknya, sesuai kebutuhan</li> <li><input type="checkbox"/> Informasikan pasien kemungkinan perubahan dalam tampilan dan/atau dosis ketika membeli obat generik dari obat yang diresepkan</li> <li><input type="checkbox"/> Peringatkan pasien resiko yang berhubungan dengan pemakaian obat-obatan kadaluarsa</li> <li><input type="checkbox"/> Peringatkan pasien untuk tidak memberikan obat-obatan yang diresepkan untuknya pada orang lain.</li> <li><input type="checkbox"/> Berikan informasi mengenai pengembalian obat-obatan, sesuai kebutuhan.</li> <li><input type="checkbox"/> Berikan informasi mengenai program penghematan biaya/organisasi untuk mendapatkan obat-obatan dan peralatan, sesuai kebutuhan</li> <li><input type="checkbox"/> Berikan informasi mengenai peralatan untuk obat-obatan penting dan bagaimana cara mendapatkannya</li> </ul>
--	---

### 18. Ketidakefektifan perencanaan aktifitas (00199)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
<p>NOC: (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010)  <b>Motivasi</b>            Klien dapat: Menyadari dan membuat perencanaan</p>	<p>Rencana untuk meningkatkan kesejahteraan (pertimbangan pengajaran/pemulangan) (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kaji klien untuk mengidentifikasi tujuan hidup dan prioritas</li> <li><input type="checkbox"/> Review tujuan dan harapan pengobatan klien</li> <li><input type="checkbox"/> Diskusikan perkembangan pembelajaran tentang relaksasi dan penanganan kecemasan dan ketakutan.</li> <li><input type="checkbox"/> Rujuk untuk terapi kognitif.</li> </ul>

### 19. Risiko bunuh diri (00150)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
<p>NOC: Restrain diri bunuh diri Klien akan mengidentifikasi faktor-faktor langsung yang menyebabkan ingin bunuh diri (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010)</p>	<p>Rencana untuk meningkatkan kesejahteraan (pertimbangan pengajaran/pemulangan) (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tingkatkan kontrol internal</li> <li><input type="checkbox"/> Bantu pembelajaran problem solving, latihan asertif, dan sosial skill.</li> <li><input type="checkbox"/> Libatkan program aktivitas fisik</li> <li><input type="checkbox"/> Tentukan kebutuhan nutrisi dan bantu klien untuk merencanakan pertemuan</li> <li><input type="checkbox"/> Melibatkan keluarga dalam perencanaan</li> <li><input type="checkbox"/> Rujuk pada sumber-sumber formal</li> </ul>

### 20. Keluyuran (00154)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
<p>NOC: (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010) Lingkungan rumah yang aman Keluyuran yang aman Klien akan bebas dari trauma.</p>	<p>Rencana untuk meningkatkan kesejahteraan (pertimbangan pengajaran/pemulangan) (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Identifikasi masalah yang dapat diperbaiki dan bantu klien untuk mencari bantuan yang sesuai dan akses sumber-sumber.</li> <li><input type="checkbox"/> Beritahu tetangga tentang kondisi klien dan minta mereka menghubungi keluarga klien atau polisi jika mereka melihat klien keluar sendirian</li> <li><input type="checkbox"/> Bantu klien dan anggota keluarga menyusun perencanaan perawatan ketika masalah menjadi berkembang</li> <li><input type="checkbox"/> Rujuk ke sumber-sumber komunitas, seperti program day care, support groups, perawatan yang tenang.</li> </ul>

## 21. Gaya hidup kurang gerak (00168)

Rencana Keperawatan	
Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
NOC	NIC
<p>Klien akan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mengungkapkan pemahaman tentang pentingnya latihan teratur agar sehat.</li> <li><input type="checkbox"/> Mengidentifikasi pentingnya kewaspadaan, keselamatan dan teknik monitoring diri sendiri.</li> <li><input type="checkbox"/> Memformulasikan dan mengimplementasikan program latihan yang realistis dengan peningkatan jadwal dalam aktifitas. (Doenges ME, Moorhouse MF, 2010)</li> </ul>	<p>Intervensi:(Doenges ME, Moorhouse MF, 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Review apa saja olahraga fitness: kekuatan dan ketahanan otot, fleksibilitas, komposisi tubuh (masa otot, prosentase lemak tubuh) dan kesehatan kardivaskuler.</li> <li><input type="checkbox"/> Instruksikan langkah-langkah keselamatan (misalnya pemanasan dan pendinginan; memeriksa nadi sebelum, selama dan setelah aktifitas; pemasukan cairan yang adekuat; mengunci kursi roda sebelum transfer, dan memakai obat dengan bijaksana).</li> <li><input type="checkbox"/> Dorong pasien untuk terlibat latihan sendiri</li> <li><input type="checkbox"/> Identifikasi sumber-sumber di komunitas dan support group.</li> <li><input type="checkbox"/> Diskusikan alternatif program latihan.</li> </ul>

## **BAB VI**

### **IMPLEMENTASI KEPERAWATAN PADA DISCHARGE PLANNING**

#### **A. Pengertian Implementasi**

Implementasi keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter, P.A. & Perry, 2005b).

#### **B. Pendidikan Pasien dalam Discharge Planning**

Pengajaran pada klien, keluarga, dan pemberi pelayanan lain merupakan tanggung jawab bagi seluruh anggota tim kesehatan. Perawat mempunyai tanggung jawab utama untuk memberikan perintah pada klien tentang sifat masalah kesehatan, hal-hal yang harus dihindari, penggunaan obat-obat di rumah, jenis komplikasi dan sumber bantuan yang tersedia (Potter, P.A. & Perry, 2005b). Tujuan dari pengajaran ini adalah untuk memberikan pengetahuan dan ketrampilan yang penting kepada klien dan pemberi pelayanan untuk memenuhi kebutuhan perawatan berkelanjutan. Orang pendukung yang akan membantu klien di rumah perlu diidentifikasi oleh perawat.

Potter dan Perry menyatakan bahwa klien yang masuk ke rumah sakit untuk waktu kurang dari 23 jam harus menerima pendidikan atau diberi instruksi tentang masalah prioritas sebelum mereka pulang ke rumah masing-masing. Ini adalah suatu tantangan bagi perawat untuk memberikan pendidikan kepada klien yang efektif dalam rentang waktu yang terbatas (Potter, P.A. & Perry, 2005b).

Pasien dan keluarga yang akan pulang dari rumah sakit diberi penyuluhan kesehatan untuk membekali mereka tentang perawatan dan hal-hal yang harus diperhatikan oleh pasien. WHO menyatakan bahwa prinsip dasar penyuluhan pasien yang baik adalah sebagai berikut (WHO, 2005):

- a. Menjadwalkan pendidikan klien ketika klien sadar dan berminat terhadap pembelajaran.
- b. Memulai dengan bahan pembelajaran yang paling ingin pasien ketahui atau minati.
- c. Memulai dengan informasi yang paling sederhana atau mudah dimengerti, kemudian baru memberikan informasi pada pasien tentang hal-hal yang lebih rumit atau kompleks.
- d. Menggunakan kata-kata atau bahasa yang jelas, umum, bukan kata-kata atau istilah medis.
- e. Menghentikan penyuluhan apabila pasien kelihatan bingung dan tanyakan apakah pasien memahami.

- f. Mengulangi informasi yang telah diberikan bila diperlukan, atau katakan dalam kata-kata yang berbeda sampai pasien memahami penjelasan perawat.
- g. Memberi kesempatan pada pasien untuk berpendapat dan mengajukan pertanyaan dan untuk menunjukkan informasi mana yang sudah diketahui.
- h. Meminta untuk melakukan demonstrasi ulang prosedur yang perlu dilakukan pasien.
- i. Memberi kesempatan anggota keluarga untuk mengajukan pertanyaan dan pastikan bahwa mereka memahami apa yang perlu dilakukan.
- j. Menggunakan media atau gambar dalam penyuluhan dan berikan makalah sederhana atau leaflet dengan bahasa yang mudah dimengerti dan dipahami oleh pasien.
- k. Memberikan jawaban yang jelas untuk pertanyaan dan berikan senyaman dan setenang mungkin, tanpa mengatakan bahwa ada yang tidak benar.

JCHO (1995, dalam Potter dan Perry) telah menetapkan standar minimum untuk informasi yang harus diberikan kepada klien dan keluarganya. Berikut adalah standar untuk informasi yang diberikan kepada klien dan keluarganya yaitu (Potter, P.A. & Perry, 2005b):

- a. Klien atau keluarga diberi pendidikan yang dapat meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan perilaku yang diperlukan untuk memberikan keuntungan penuh dari intervensi kesehatan yang dilakukan oleh lembaga.
- b. Organisasi merencanakan dan mendorong pengawasan dan koordinasi aktivitas dan sumber pendidikan klien/keluarga.
- c. Klien/keluarga mengetahui kebutuhan belajar mereka, kemampuan dan kesiapan untuk belajar.
- d. Proses pendidikan klien/keluarga bersifat interdisiplin sesuai dengan rencana asuhan keperawatan.
- e. Klien/keluarga mendapat pendidikan yang spesifik sesuai dengan hasil pengkajian, kemampuan dan kesiapannya. Pendidikan kesehatan meliputi pemberian obat-obatan, penggunaan alat medis, pemahaman tentang interaksi makanan/obat dan modifikasi makanan, rehabilitasi, serta bagaimana melakukan pengobatan selanjutnya.
- f. Informasi mengenai instruksi pulang yang diberikan kepada klien/keluarga diberikan oleh pihak institusi atau individu tertentu yang bertanggung jawab terhadap kesinambungan perawatan klien.

### **C. Persiapan Discharge Planning pada Pasien**

Persiapan pemulangan pasien dari rumah sakit kembali ke rumah sangat diperlukan oleh pasien. Berikut adalah hal-hal yang perlu dipersiapkan untuk pemulangan pasien (WHO, 2005):

- a. Meminta pasien untuk mengundang orang yang memberi perawatan di rumah untuk datang ke rumah sakit sehingga perawat dapat berkoordinasi dengan orang yang memberi perawatan pasien di rumah tersebut.

- b. Mengajarkan pasien dan anggota keluarga mengenai cara menangani perawatan di rumah. Perawat harus memastikan bahwa pasien dan keluarga memahami tentang masalah yang mereka hadapi. Memberitahu pasien dan keluarga kemungkinan yang akan terjadi dan kapan mereka diharapkan akan sembuh total. Memberitahu mereka bagaimana mengenali kemungkinan masalah, dan apa yang dilakukan bila mereka melihat tanda-tanda masalah tersebut. Menurut Potter & Perry bahwa pendidikan klien dan keluarga dilakukan sesegera mungkin setelah klien dirawat di rumah sakit, pendidikan yang diberikan misalnya tanda dan gejala komplikasi, informasi tentang obat-obatan yang diberikan, penggunaan peralatan medis dan lanjutan, diet, latihan dan hal-hal yang harus dihindari sehubungan dengan penyakit yang dialami klien. Klien dapat diberikan pamflet atau buku (Potter, P.A. & Perry, 2005b).
- c. Memberi tahu pasien dan keluarga tentang apa yang dapat dilakukan dan apa yang tidak dapat dilakukan oleh pasien.
- d. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga hal-hal yang perlu mereka lakukan untuk membuat tempat tinggal lebih aman dan lebih mudah untuk pasien. Menurut Potter dan Perry, persiapan sebelum pulang dianjurkan tentang cara-cara untuk merubah pengaturan fisik di rumah sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi (Potter, P.A. & Perry, 2005b).
- e. Memberi tahu pasien dan keluarga tentang medikasi yang perlu digunakan pasien. Pastikan bahwa mereka memahami kapan meminumnya atau memakainya dan seberapa banyak. Pastikan bahwa pasien dan keluarga memahami berapa lama waktu yang diperlukan untuk minum obat.
- f. Mendiskusikan perlunya cairan dan diet nutrisi yang adekuat.
- g. Menginstruksikan dengan jelas pada pasien dan keluarga untuk mengatasi nyeri pada pasien.
- h. Memberi pasien bahan dan alat-alat yang diperlukan atau berikan instruksi tentang cara mendapatkan hal-hal yang diperlukan. Beri tahu pasien tentang hal-hal yang harus dilakukan.
- i. Mengajarkan keluarga tentang bagaimana mengatur atau mengelola pasien di tempat tidur, memiringkan dan membantu pasien berpindah dari tempat tidur ke kursi, apabila pasien harus menjalani tirah baring.
- j. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga tentang ramuan buatan rumah dan pemakaian obat-obat tradisional.
- k. Membuat rujukan sebelum meninggalkan rumah sakit, apabila pasien perlu menjalani perawatan lanjutan di rumah. Menurut Potter dan Perry (2005), memberikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan di masyarakat kepada klien dan keluarga juga perlu dilakukan, karena sumber-sumber di masyarakat biasanya memberikan pelayanan yang tidak dapat dipenuhi oleh klien dan keluarga.

Klien yang akan meninggalkan rumah sakit dan kembali ke rumah perlu untuk persiapan dan pertimbangan-pertimbangan tertentu. Hal-hal berikut

adalah yang harus diperhatikan ketika pasien meninggalkan rumah sakit adalah (WHO, 2005) :

- a. Menekankan informasi yang telah diberikan sebelumnya dan program dokter untuk medikasi, tindakan atau peralatan khusus.
- b. Menekankan perjanjian rujukan sehingga pasien jelas tentang hal-hal yang harus dilakukan.
- c. Memastikan pasien dan keluarga memahami keterbatasan pasien, berapa lama keterbatasan ini berlangsung, bagaimana mengidentifikasi tanda dan gejala yang perlu diwaspadai dan tindakan untuk membantu proses pemulihan.
- d. Memotivasi pasien dan keluarga untuk memeriksa kembali ke rumah sakit bila kondisi tidak ada perkembangan ataupun menjadi memburuk.
- e. Memotivasi untuk kembali ke kehidupan dan perannya secara normal seperti ketika belum sakit, apabila sudah pulih dari penyakitnya.

Selain prosedur perencanaan pulang, prosedur untuk hari kepulangan klien juga perlu untuk diterapkan. Prosedur pada hari kepulangan klien adalah sebagai berikut (Potter, P.A. & Perry, 2005b) yaitu:

- a. Membiarkan klien dan keluarga bertanya atau berdiskusi tentang berbagai isu yang berkaitan dengan perawatan di rumah.
- b. Memeriksa perintah pulang dari dokter tentang resep, perubahan tindakan pengobatan, atau alat-alat khusus yang diperlukan.
- c. Menentukan apakah klien atau keluarga telah mengatur transportasi untuk pulang ke rumah.
- d. Menawarkan bantuan ketika klien berpakaian dan mempersiapkan seluruh barang-barang pribadinya untuk dibawa pulang. Berikan privasi bila diperlukan.
- e. Memeriksa seluruh kamar mandi dan lemari bila ada barang klien yang masih tertinggal. Carilah salinan daftar barang-barang berharga milik klien yang telah ditandatangani dan minta satpam atau administrator yang tepat untuk mengembalikan barang-barang berharga tersebut kepada klien. Hitung semua barang-barang berharga yang ada.
- f. Memberikan klien resep atau obat-obatan sesuai dengan pesan dokter. Periksa kembali instruksi sebelumnya.
- g. Menghubungi bagian keuangan untuk menentukan apakah klien masih perlu membayar sisa tagihan biaya. Atur klien dan keluarga untuk ke bagian keuangan tersebut.
- h. Menggunakan alat pengangkut barang untuk membawa barang-barang klien. Berikan kursi roda untuk klien yang tidak bisa berjalan sendiri. Klien yang meninggalkan rumah sakit dengan mobil ambulans akan dipindahkan dengan kereta dorong ambulans.
- i. Membantu klien pindah ke kursi roda atau kereta dorong dengan menggunakan mekanika tubuh dan teknik pemindahan yang benar. Iringi klien masuk ke dalam alat transportasi.

- j. Mengunci roda kursi roda. Bantu klien pindah ke mobil atau alat transportasi lain. Bantu keluarga memindahkan barang ke dalam kendaraan.
- k. Mengembalikan ke unit dan memberitahukan bagian penerimaan atau bagian lain yang berwenang mengenai pemulangan klien.
- l. Mencatat pemulangan klien pada format ringkasan pulang.
- m. Mendokumentasikan status masalah kesehatan saat klien pulang.

#### D. Tindakan dalam Discharge Planning

Tindakan discharge planning dapat dilakukan berdasarkan intervensi yang disusun oleh perawat.

##### 1. Tindakan pada Ketidakefektifan Perlindungan (00043)

#### Edukasi tentang Kebutuhan Nutrisi, Program Olahraga dan Kebutuhan Istirahat

##### a. Kebutuhan nutrisi

Di bawah ini adalah contoh dari kebutuhan nutrisi yang diberikan pada pasien dengan gangguan pencernaan, seperti gastritis (radang pada lambung), radang pada esophagus, radang pada usus besar, thypus abdominalis, diare, dan setelah operasi saluran cerna. Nutrisi yang diberikan pada pasien dengan gangguan pencernaan bertujuan untuk meringankan beban kerja saluran pencernaan, membantu netralisir kelebihan asam lambung, memberikan makanan dengan zat gizi adekuat dan tidak merangsang. Pemberian nutrisi ini dalam bentuk makanan dengan berprinsip pada makanan dalam bentuk lunak dan mudah dicerna, menghindari makanan yang tidak merangsang lambung seperti asam, pedas, keras, terlalu panas atau dingin, porsi kecil dan diberikan sering, cara pengolahan makanan direbus, dikukus, panggang dan tumis. Pengaturan makanan (Kemenkes RI, 2011):

**Tabel Kebutuhan Makanan Sehari-hari**

No	Bahan makanan	Dianjurkan	Dibatasi	Dihindari
1	Karbohidrat	Nasi tim, bubur roti gandum, makaroni, jagung, kentang, ubi, talas, havermout, sereal.	Mie, roti putih, ketan, kue-kue, cake, pastri, biskuit.	
2	Protein hewani	Daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, ikan, putih telur, susu rendah lemak.	Daging tanpa lemak 1x/mg, ayam 3x/mg, dan kuning telur 1x seminggu.	Daging berlemak, jeroan, daging asap, sosis, gajih, kerang, keju, susu full cream, otak.
3	Protein nabati	Tempe, tahu, kacang hijau, kedelai.	Kacang tanah, kacang bogor maksimal 25 gr	Kacang merah, oncom, kacang mete.
4	Sayuran	Sayuran yang tidak menimbulkan gas. Yang		Sayuran yang dapat menimbulkan

		dianjurkan yaitu bayam, buncis, labu kuning, labu siam wortel, kacang panjang, tomat, gambas, kkecipir, kangkung, daun kacang panjang, timun, daun selada, toge, daun kenikir.		gas. Contohnya kol, kembang kol, lobak, sawi, nangka muda, dan sayuran mentah.
5	Buah-buahan	Yang dianjurkan seperti jeruk, apel, pepaya, melon, jambu, pisang, alpukat, belimbing, mangga.		Buah-buah yang dapat menimbulkan gas dan tinggi lemak.misalnya nangka, durian, cempedak, nanas dan buah-buahan yang diawetkan.
6	Minuman			Minuman beralkohol dan bersoda.
7	Bumbu	Yang dianjurkan yaitu : garam, kecap, kunyit, laos, seledri, kayu manis, cengkeh.	Bawang merah	Cuka, merica, cabai, acar.
8	Lemak	Minyak : tidak untuk menggoreng, margarin, dan mentega.		Santan kental dan goreng-gorengan

**Tabel Pengaturan Kebutuhan Makan Berdasarkan Waktu**

Pagi	Siang	Malam
Nasi tim, telur dadar, sayur soup,teh manis encer.	Nasi tim, semur daging, tim tahu, sayur bening pepaya	Nasi tim, ikan panggang bumbu tomat, tumis tempe, sayur buncis, pisang
Selingan : snack, biskuit, susu rendah lemak	Selingan ( snack puding,susu )	Selingan : susu

#### b. Program Olahraga

Program olahraga pada penderita demam tifoid tidak dianjurkan karena pasien dengan demam tifoid apabila berolahraga berisiko mengalami dehidrasi. Apabila kondisi pasien sudah pulih dan baik dapat dilakukan olahraga yang berguna untuk meningkatkan sistem kekebalan tubuh. Olahraga yang dilakukan pasca pemulihan dapat dilakukan secara bertahap dengan intensitas olahraga yang ringan. Untuk program olahraga yang dapat dilakukan secara baik dan benar akan dijelaskan di bawah ini sebagai berikut (Kemenkes RI, 2015):

- Latihan fisik dapat dilakukan secara bertahap dengan pemanasan dan peregangan selama 10 – 15 menit,
- Dilanjutkan dengan latihan inti selama 20 – 60 menit,
- Diakhiri dengan pendinginan selama 5 – 10 menit.

- Kemudian apabila pasien sudah bugur dan sehat dianjurkan untuk melakukan latihan fisik secara teratur yang dilakukan sebanyak 3-5 kali dalam seminggu.

### c. Kebutuhan Istirahat

Pada penderita demam tifoid kebutuhan istirahat menjadi salah satu aspek utama dan penting bagi penderitanya. Salah satu tindakan yang diperlukan bagi pasien dengan demam tifoid adalah tirah baring. Tirah baring diperlukan untuk mencegah komplikasi terutama perdarahan dan perforasi. Apabila klinis atau gejala – gejala yang muncul adalah berat, penderita harus istirahat total, bila terjadi penurunan kesadaran maka posisi tidur pasien harus diubah-ubah pada waktu tertentu untuk mencegah terjadinya komplikasi seperti pneumonia, typhus, dan dekubitus. Apabila penyakit sudah membaik maka dilakukan mobilisasi secara bertahap sesuai dengan pulihnya kekuatan penderita (Kemenkes RI, 2006).

Kebutuhan istirahat tidur sesuai usia (Kemenkes RI, 2006):

- Usia 0-1 Bulan  
Bayi usia ini biasanya membutuhkan tidur 14-18 jam setiap hari.
- Usia 1 – 18 Bulan  
Waktu tidur 12-14 jam setiap hari termasuk tidur siang. Tidur cukup akan membuat tubuh dan otak bayi berkembang baik dan normal.
- Usia 3 – 6 Tahun  
Waktu tidur untuk usia ini adalah 11- 13 jam, termasuk tidur siang. Menurut penelitian, anak usia di bawah 6 tahun yang kurang tidur, akan cenderung obesitas di kemudian hari.
- Usia 6 – 12 Tahun  
Anak usia ini membutuhkan waktu tidur sebanyak 10 jam sehari. Menurut penelitian, anak yang kurang tidur dapat menyebabkan mereka menjadi hiperaktif, tidak konsentrasi dalam belajar, dan memiliki masalah pada perilaku di sekolah.
- Usia 12 – 18 Tahun  
Anak remaja ini membutuhkan waktu tidur sebanyak 8-9 jam sehari. Penelitian menunjukkan bahwa remaja yang kurang tidur akan lebih rentan terkena depresi, tidak fokus dan mempunyai nilai sekolah yang buruk.
- Usia 18 – 40 Tahun  
Orang dewasa membutuhkan waktu tidur 7-8 jam setiap hari.
- Usia Lanjut Usia  
Kebutuhan tidur terus menurun , cukup 7-8 jam perhari. Jika telah mencapai usia lanjut yaitu 60 tahun ke atas, kebutuhan tidur cukup 6 jam perhari.

## 2. Isolasi sosial (00053)

### Edukasi tentang Keterampilan Sosial pada Pasien

Pelatihan keterampilan sosial adalah intervensi yang dirancang untuk membantu orang meningkatkan keterampilan komunikasi mereka, mengekspresikan emosi mereka, dan meningkatkan efektivitas mereka

dalam situasi sosial. Metode yang digunakan terstruktur dan menitik beratkan praktik yang aktual, menggunakan modeling, permainan peran, dan umpan balik. Pendekatan intervensi ini menggunakan pemecahan masalah dan turunannya, klien dapat mengidentifikasi keterampilannya dan kemudian berkesempatan untuk mempraktikannya secara berulang dengan orang lain (Roberts & Greene, 2009)

### Contoh keterampilan yang spesifik

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>1. Mengekspresikan perasaan positif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tatap orang itu</li> <li>- Beritahu orang lain apa yang membuat Anda senang</li> <li>- Gunakan tekanan suara menyenangkan</li> </ul> <p><b>2. Membuat permohonan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tatap orang itu</li> <li>- Katakan secara jelas apa yang Anda ingin orang itu lakukan</li> <li>- Ucapkan terimakasih untuk menghargai orang lain</li> </ul> | <p><b>3. Mendengarkan aktif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan kontak mata</li> <li>- Perhatikan bahwa Anda memperhatikan dengan cara anggukan kepala Anda atau mengatakan “Mm-mm” atau “Ya-ya”</li> <li>- Tanyakan untuk mengklarifikasikan pertanyaan</li> <li>- Ringkas butir yang diperlukan</li> </ul> <p><b>4. Mengekspresikan perasaan sedih secara konstruktif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tatap orang itu</li> <li>- Bicara tegas dan tenang</li> <li>- Beritahu secara singkat apa yang dilakukan orang lain sehingga Anda bersedih</li> <li>- Sarankan kepada orang lain apa yang harus dilakukan agar tidak terulang</li> </ul> |
|--|--|

### Daftar keterampilan yang dapat ditingkatkan

- a. Menghadapi perasaan negatif
- b. Meninggalkan situasi yang menegangkan
- c. Memanfaatkan dukungan sosial
- d. Melakukan kompromi dan negosiasi
- e. Menanggapi kecaman
- f. Menggunakan alternatif terhadap penggunaan obat terlarang dan alkohol
- g. Menolak alkohol atau obat-obatan terlarang

### Keterampilan yang berkaitan dengan tujuan untuk mencari teman

- a. Memulai percakapan
- b. Memelihara percakapan
- c. Memberikan pujian
- d. Menemukan minat bersama
- e. Menggunakan perasaan

Salah satu teknik yang dapat digunakan dalam pelatihan keterampilan sosial yaitu dengan bermain peran yang dilakukan dengan cara mendengarkan petunjuk yang disajikan terapis terlebih dahulu dilanjutkan dengan latihan dari pasien. Kelompok pelatihan terdiri dari enam hingga 10 anggota yang dijadwalkan sesi selama 45 menit sekali atau dua kali seminggu. Dalam sesi pelatihan ada suatu urutan langkah yang harus diikuti, tetapi tetap sediakan ruang untuk menyampaikan humor dan

keaktivitas. Hal ini dimaksudkan agar anggota menikmati kelompok yang diberikan (Ramadhani, 2012).

### **3. Ketegangan peran pemberi asuhan (00061)**

#### **Edukasi pada Pengasuh**

##### **a. Definisi**

Memberikan informasi dan dukungan untuk memfasilitasi pemberian perawatan oleh pengasuh (PPNI, 2018)

##### **b. Tindakan**

Prosedur tindakan (PPNI, 2018):

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- 3) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- 4) Beri kesempatan untuk bertanya
- 5) Jelaskan dampak ketergantungan pasien pada pengasuh
- 6) Ajarkan pengasuh mengeksplorasi kekuatan dan kelemahan
- 7) Ajarkan pengasuh cara memberikan dukungan perawatan diri, misalnya mandi, BAB, BAK, berpakaian atau makan/minum.

### **4. Ketidakefektifan Manajemen kesehatan (00078)**

Intervensi kekeperawatan yang dapat diterapkan untuk mengelola pasien dengan masalah ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan didalam salah satunya adalah dengan melakukan manajemen stress (McCloskey, 1996). Cara untuk menurunkan stress salah satunya adalah dengan melakukan aktivitas fisik. Yoga merupakan aktivitas fisik yang dapat menjadi pilihan dan terbukti dapat menurunkan tingkat stress (Bischoff, Kathrin Otto, & Hold, 2019).

Jenis dan gerakan yoga adalah sebagai berikut (Dinata, 2015):

##### **a. Meditasi**

Proses awal meditasi adalah menghayati aliran darah dan tercapai pikiran yang focus.

##### **b. Asana**

Disebut juga sebagai yoga nindra merupakan posisi relaksasi mendalam yang dapat melepaskan ketegangan fisik, mental, emosi, dan spiritual. Postur dalam melakukan teknik ini adalah dengan berbaring terlentang lurus dengan kedua kaki terentang jauh dari garis tubuh, Kedua tangan terentang di kedua sisi tubuh dengan telapak tangan menghadap keatas. Kepala bersandar dengan leher lurus. Wajah menghadap lurus kedepan

##### **c. Relaksasi**

Yaitu dengan memilih tempat yang tenang, bersih dan memiliki sirkulasi udara yang baik. Waktu latihan terbaik adalah saat fajar atau larut malam.

##### **d. Padmanasa**

Dengan memosisikan diri pada posisi yang disebut sebagai siddhasana dan melakukan latihan napas dalam dalam dibawah bimbingan seorang guru yang ahli.

Durasi, frekuensi dan intensitas yang direkomendasikan agar tercapai tujuan yang diinginkan adalah dilakukan selama 6 minggu, setiap minggunya 2 kali dalam waktu 20 menit setiap kali melakukan Yoga (Bischoff et al., 2019).

## **5. Hambatan mobilitas fisik (00085)**

### **Edukasi Mobilisasi**

#### **Definisi**

Mengajarkan perilaku untuk meningkatkan rentang gerak, kekuatan otot dan kemampuan bergerak (PPNI, 2018)

#### **Tindakan**

Prosedur tindakan (PPNI, 2018):

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- 3) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- 4) Beri kesempatan untuk bertanya
- 5) Jelaskan prosedur, tujuan, indikasi, dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak immobilisasi.
- 6) Ajarkan cara mengidentifikasi sarana dan prasarana yang mendukung untuk mobilisasi di rumah.
- 7) Ajarkan cara mengidentifikasi kemampuan mobilisasi (misal kekuatan otot, rentang gerak).
- 8) Demonstrasikan cara mobilisasi di tempat tidur (misalnya mekanika tubuh, posisi pasien digeser ke arah yang berlawanan dari arah posisi yang akan dimiringkan, teknik-teknik memiringkan penempatan posisi bantal sebagai penyangga).
- 9) Demonstrasikan cara melatih rentang gerak (misalnya gerakan dilakukan secara perlahan dimulai dari kepala ke ekstremitas, gerakkan semua persendian sesuai rentang gerak normal, cara melatih rentang gerak pada sisi ekstremitas yang paresis (lumpuh) dengan menggunakan ekstremitas yang normal, frekuensi tiap gerakan)
- 10) Anjurkan pasien / keluarga merekomendasikan mobilisasi miring kanan / miring kiri / latihan rentang gerak sesuai yang telah direkomendasikan.

### **Edukasi Penggunaan Alat Bantu**

#### **Definisi**

Memberikan informasi kepada pasien tentang penggunaan alat bantu. (PPNI, 2018)

#### **Tindakan**

Prosedur tindakan (PPNI, 2018):

- 1) Identifikasi aktifitas yang sulit dilakukan dengan keterbatasan yang dimiliki.
- 2) Identifikasi kemampuan pergerakan, misalnya keterbatasan gerak, kekuatan otot dan kesadaran.
- 3) Ajarkan mengidentifikasi lingkungan rumah dan menyingkirkan penyebab jatuh pada klien, misalnya lantai licin, atau penerangan yang kurang baik.
- 4) Jelaskan manfaat penggunaan alat bantu

- 5) Jelaskan pilihan alat bantu yang memungkinkan
- 6) Ajarkan cara penggunaan alat bantu
- 7) Anjurkan memeriksa alat bantu yang digunakan secara rutin
- 8) Anjurkan mendekatkan barang-barang yang penting di samping klien
- 9) Anjurkan keluarga mendukung pasien menggunakan alat bantu.

## **6. Hambatan berjalan (00088)**

### **Edukasi Teknik Ambulasi**

#### **Definisi**

Memberikan informasi dalam mempromosikan berjalan untuk memelihara dan mengembalikan fungsi tubuh (PPNI, 2018)

#### **Tindakan**

Prosedur tindakan (PPNI, 2018):

- 1) Jelaskan prosedur dan tujuan ambulasi dengan atau tanpa alat bantu
- 2) Anjurkan menggunakan alas kaki yang memudahkan berjalan dan mencegah cedera.
- 3) Anjurkan menggunakan sabuk pengaman saat transfer dan ambulasi
- 4) Ajarkan cara mengidentifikasi sarana dan prasarana yang mendukung untuk ambulasi di rumah
- 5) Ajarkan cara mengidentifikasi kemampuan ambulasi, misalnya kekuatan otot dan rentang gerak.
- 6) Ajarkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur (menjuntai), atau dikursi.
- 7) Ajarkan memposisikan diri dengan tepat selama proses transfer
- 8) Ajarkan teknik ambulasi yang aman.
- 9) Ajarkan berdiri dan ambulasi dalam jarak tertentu
- 10) Demonstrasikan cara ambulasi tanpa alat bantu jalan
- 11) Demonstrasikan cara ambulasi dengan alat bantu, misalnya walker, kruk, kursi roda, atau cane.

## **7. Hambatan mobilitas berkursi roda (00089)**

### **Edukasi Memindahkan Pasien ke Kursi Roda**

#### **Pengertian:**

Memindahkan pasien yang tidak dapat/tidak boleh berjalan, dilakukan dari tempat yang satu ke tempat yang lain. Tujuannya adalah: mengurangi/menghindarkan pergerakan pasien sesuai dengan keadaan fisiknya, dan memenuhi kebutuhan konsultasi atau pindah ruangan. Pelaksanaan dilakukan oleh petugas yang terampil.

#### **Persiapan:**

- Persiapan pasien
- Atur posisi tempat tidur pasien pada posisi paling rendah, sampai kaki pasien bisa menyentuh lantai.
- Letakkan kursi roda sejajar atau sedekat mungkin dengan tempat tidur, kunci semua roda kursi.

#### **Pelaksanaan:**

- 1) Bantu pasien duduk di tepi tempat tidur
- 2) Kaji bila muncul kepala pusing atau berputar-putar

- 3) Intruksikan pasien untuk bergerak ke depan dan duduk di tepi tempat tidur
- 4) Intruksikan mencondongkan tubuh ke depan mulai dari pinggul
- 5) Intruksikan meletakkan kaki yang kuat di bawah tepi tempat tidur, sedangkan kaki yang lemah berada di depannya
- 6) Meletakkan tangan pasien di atas permukaan bed atau diatas kedua bahu perawat
- 7) Berdiri tepat di depan pasien, condogkan tubuh ke depan, fleksikan pinggul, lutut, dan pergelangan kaki. Lebarkan kaki dengan salah satu di depan dan yang lainnya di belakang
- 8) Lingkari punggung pasien dengan kedua tangan perawat
- 9) Tangan otot gluteal, abdominal, kaki dan otot lengan anda siap untuk melakukan gerakan
- 10)Bantu pasien untuk berdiri, kemudian bergerak-gerak bersama menuju kursi roda
- 11)Bantu pasien untuk duduk, minta pasien untuk membelakangi kursi roda, meletakkan kedua tangan di atas lengan kursi roda atau tetap pada bahu perawat
- 12)Minta pasien untuk menggeser duduknya sampai pada posisi yang paling aman
- 13)Turunkan tatakan kaki,dan letakkan kedua kaki pasien diatasnya
- 14)Buka kunci roda pada kursi.

### **Edukasi tentang Memindahkan pasien dari kursi roda ke tempat tidur**

Suatu kegiatan yang dilakukan pada klien dengan kelemahan kemampuan fungsional untuk berpindah dari kursi roda ke tempat tidur. Pemindahan pasien dari kursi roda ke tempat tidur bertujuan untuk melatih otot untuk mencegah kontraktur atau sindrom disuse, memberikan kenyamanan, mempertahankan kontrol diri pasien memungkinkan pasien untuk bersosialisasi (Alamsyah, 2015).

Prosedur pemindahan pasien dari kursi roda ke tempat tidur (Alamsyah, 2015):

- a. Jelaskan pada pasien tentang prosedur yang akan dilakukan
- b. Cuci tangan
- c. Atur kursi roda dengan posisi 45° dari arah tempat tidur pasien, pastikan semua roda kursi terkunci
- d. Minta pasien untuk meletakkan tangan disamping badan atau memegang telapak tangan perawat.
- e. Berdiri disamping pasien berpegang telapak dan lengan tangan pada bahu pasien
- f. Observasi respon pasien saat berdiri dari kursi roda
- g. Bantu pasien untuk jalan ketempat tidur.
- h. Posisikan pasien senyaman mungkin di tempat tidur
- i. Jelaskan pada pasien bahwa tindakan telah selesai di lakukan

## 8. Hambatan kemampuan berpindah (00090)

### Edukasi Teknik Transfer

#### a. Definisi

Mengajarkan metode memindahkan pasien dengan keterbatasan bergerak (PPNI, 2018)

#### b. Tindakan

Prosedur tindakan (PPNI, 2018):

- 1) Jelaskan tipe, metode bergerak/berpindah dan kebutuhan akan bantuan.
- 2) Jelaskan jumlah orang yang cukup membantu berpindah
- 3) Jelaskan mekanika tubuh yang tepat selama pergerakan
- 4) Anjurkan menjaga privasi pasien
- 5) Anjurkan menaikkan pagar samping tempat tidur
- 6) Anjurkan menggunakan alat transfer yang paling cocok dengan pasien ketika memindahkan
- 7) Ajarkan memindahkan pasien dengan berbagai posisi dan alat bantu

## 9. Intoleransi aktifitas (00092)

### Edukasi Program Latihan Rehabilitatif

Tujuan (Jolliffe et al., 2001) :

1. Mengoptimalkan kemampuan tubuh
2. Mencegah kondisi yang semakin buruk
3. Untuk membantu kembali melakukan kegiatan fisik seperti sebelum sakit

Manfaat (Lavie, C. J., 1993):

1. Mengurangi dampak fisiologis dan psikologis tirah baring di rumah sakit
2. Untuk memantau kondisi fisiologis pasien
3. Membantu proses pemulihan pada level aktivitas sebelum sakit

Kontraindikasi :

1. Angina tidak stabil
2. Tekanan darah istirahat >200/100 mmHg
3. Diabetes tidak terkontrol

Program latihan :

1. Program inpatient (dilakukan 48 jam setelah gangguan jantung)  
Bentuk latihan yang dilakukan seperti gerakan tangan, kaki, dan perubahan postur. Program biasanya berupa ambulatory yang diawasi. Manfaat latihan ini yaitu melatih pasien agar dapat melakukan aktivitas sehari-hari dan menghindari dampak fisiologis atau psikologis pasien bedrest (Marchionni et al., 2003).

Bentuk latihan berupa :

- a. Latihan dari berbaring menuju duduk
- b. Latihan berdiri dengan gerakan otot selama 1-2 menit
- c. Latihan berjalan, treadmill, atau egometri

Contoh latihan inpatient

Kelas gerakan	Contoh aktivitas
Kelas I	Duduk ditempat tidur dengan bantuan Duduk dikursi 15 – 30 menit 2-3 kali sehari

Kelas II	Duduk ditempat tidur secara mandiri Berjalan di dalam ruangan
Kelas III	Duduk dan berdiri secara mandiri Berjalan dengan jarak 15-30 m dengan bantuan 3 x sehari
Kelas IV	Melakukan perawatan diri secara mandiri Berjalan dengan jarak 50-70 dengan bantuan 3 – 4 kali sehari
Kelas V	Berjalan dengan jarak 80-150m mandiri 3-4 kali sehari

## 2. Program out-patient

Program dilakukan setelah kepulangan pasien dari rumah sakit. Tujuan utama program ini untuk mengembalikan kemampuan fisik seperti sebelum sakit. Fase ini dilakukan setelah minggu ke 2 atau ke 3 setelah serangan miokard. Contoh kegiatan yang dapat dilakukan secara mandiri (Ades, 2001):

- a. Latihan I (latihan siku)
  - Berdiri dengan siku menekuk dan dikatupkan di dada
  - Luruskan siku ke arah depan
  - Tekuk kembali siku
  - Ulangi sampai 10 kali
- b. Latihan elevasi lengan
  - Berdiri dengan siku menekuk di dada
  - Luruskan siku dan lengan ke arah atas
  - Tekuk kembali ke posisi semula
  - Ulangi sampai 10 kali
- c. Latihan ekstensi lengan
  - Berdiri dengan siku menekuk ke arah dada
  - Lengan direntangkan ke arah samping pinggang
  - Katupkan kembali lengan pada dada
  - Ulangi 10 kali
- d. Latihan elevasi lengan II
  - Berdiri dengan kaki membuka selebar bahu dan lengan disamping badan.
  - Dengan tetap meluruskan siku angkat lengan keatas kepala.
  - Turunkan lengan kembali ke samping badan.
  - Ulangi sampai dengan 10 kali.
- e. Latihan lengan gerak melingkar
  - Berdiri dengan kaki membuka selebar bahu dan lengan disamping badan.
  - Rentangkan tangan setinggi bahu.
  - Gerakkan secara melingkar tangan dan lengan dengan arah depan dengan tetap meluruskan siku.
  - Ulangi sampai dengan 10 kali.
  - Lakukan gerakan memutar kebelakang sampai dengan 10 kali
- f. Latihan jalan di tempat (mulai hari ke 5)

- Berdiri dengan kaki membuka selebar bahu dengan lengan ditekuk ke depan
  - Angkat satu kaki dengan menekuk lutut seperti saat berbaris.
  - Ayunkan lengan untuk membantu menjaga keseimbangan
  - Ulangi sampai dengan 10 kali.
- g. Latihan menekuk pinggang
- Berdiri dengan kaki membuka selebar bahu
  - Tekuk lengan sehingga tangan menyentuh pinggang kanan
  - Pertahankan kaki dan punggung tetap lurus.
  - Ulangi sampai dengan 10 kali.
  - Tekuk lengan sehingga tangan menyentuh pinggang kiri.
  - Ulangi sampai 10 kali
- h. Latihan memutar pinggang
- Berdiri dengan kaki membuka selebar bahu, tekuk lengan dan tempatkan tangan di pinggang
  - Putar tubuh ke kanan dan kemudian kembali.
  - Putar tubuh ke kiri dan kemudian kembali
  - Ulangi sampai dengan 10 kali.
- i. Latihan menyentuh lutut (mulai hari ke 7)
- Berdiri dengan kaki membuka selebar bahu, lengan diangkat diatas kepala.
  - Tekuk punggung sampai tangan menyentuh lutut.
  - Angkat kembali lengan keatas kepala
  - Putar tubuh ke kiri dan kemudian kembali
  - Ulangi sampai dengan 10 kali
- j. Latihan menekuk lutut (mulai minggu ke 3)
- Berdiri dengan kaki membuka selebar bahu, tangan menyentuh pinggang.
  - Tekuk punggung ke depan dengan lutut juga menekuk.
  - Kembali luruskan punggung
  - Ulangi sampai dengan 10 kali

### **Edukasi Range of Motion (ROM)**

Range Of Motion (ROM) merupakan istilah baku untuk menyatakan batas/besarnya gerakan sendi baik normal. ROM juga di gunakan sebagai dasar untuk menetapkan adanya kelainan batas gerakan sendi abnormal (Helmi & N, 2012).

Tujuan latihan Range Of Motion (ROM) (Suratun, Heryati, S, & Raenah, 2008):

- a. Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot
- b. Memelihara mobilitas persendian
- c. Merangsang sirkulasi darah
- d. Mencegah kelainan bentuk.

Jenis gerakan ROM yang bisa dilakukan pada pasien adalah (Suratun et al., 2008):

- a. Fleksi, yaitu berkurangnya sudut persendian
- b. Ekstensi, yaitu bertambahnya sudut persendian
- c. Hiperekstensi, yaitu ekstensi lebih lanjut
- d. Abduksi, yaitu gerakan menjauhi dari garis tengah tubuh

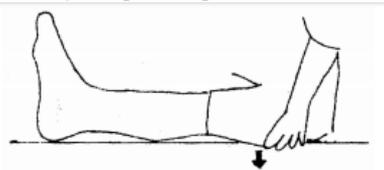
- e. Adduksi, yaitu gerakan mendekati garis tengah tubuh
- f. Rotasi, yaitu gerakan memutar pusat dari tulang
- g. Eversi, yaitu perputaran bagian telapak kaki ke bagian luar, bergerak membentuk sudut persendian
- h. Inversi, yaitu putaran bagian telapak kaki ke bagian dalam bergerak membentuk sudut persendian
- i. Pronasi, yaitu pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke bawah
- j. Supinasi, yaitu pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke atas
- k. Oposisi, yaitu gerakan menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama.

### Program latihan pasif (*Passive Exercise*)

Program latihan pasif dapat dilakukan dengan memberikan terapi khususnya untuk anggota gerak bawah. Gerakan ini bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot dan kemampuan klien dalam berjalan. Beberapa gerakan pasif yang dapat diberikan kepada klien antara lain (Ekawati, 2008):

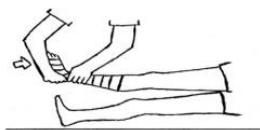
#### 1. Hari pertama

- *Breathing exercise*, sebanyak 5 kali hitungan.
- *Static contraction* otot *knee*, sebanyak 6 kali hitungan diselingi dengan menarik nafas dalam untuk rileksasi dan gerakan dilakukan 8-10 kali pengulangan



Gambar 4.2  
Statik kontraksi pada *knee* (Kisner, 1996)

#### - *Relaxed passive exercise*



Gambar 4.3

*Relaxed passive exercise* ke arah dorsi-plantar fleksi

#### - *Assistive active exercise*



Gambar 4.4

Gerakan *assisted active* untuk sendi lutut fleksi-ekstensi (Kisner, 1996)

#### - *Free active exercise*



Gambar 4.5

*Free Active Movement* pada sendi lutut (Kisner, 1996)

## 2. Hari kedua

Terapi latihan pada hari kedua dilakukan sama seperti hari pertama ditambah dengan:

### - Hold relax Position



Gambar 4.6  
Latihan stretching dengan cara Hold Relaks  
(Kisner, 1996)

### - Resisted active exercise

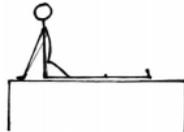
Dilakukan 8 kali/ toleransi pasien



Gambar 4.7  
Resisted active exercise pada sendi lutut

### - Latihan duduk

#### 1) Latihan duduk Long Sitting



Gambar 4.8  
Duduk long sitting

#### - Latihan duduk ongkang-ongkang



### - Latihan jalan

## 3. Hari Ketiga

Untuk terapi latihan pada hari ketiga dan seterusnya dilakukan sama dengan hari ke dua dengan dibantu oleh anggota keluarga yang sebelumnya sudah diberikan informasi mengenai tata cara melakukan latihan pasif untuk pasien.

Sendi yang digerakkan saat melakukan ROM aktif yaitu seluruh tubuh dari kepala sampai ujung jari kaki oleh klien sendiri secara aktif. Diantaranya:

- Leher (fleksi/ekstensi, fleksi lateral)
- Bahu tangan kanan dan kiri ( fleksi/ekstensi, abduksi/adduksi, Rotasi bahu)
- Siku tangan kanan dan kiri (fleksi/ekstensi, pronasi/supinasi)
- Pergelangan tangan (fleksi/ekstensi/hiperekstensi, abduksi/adduksi)
- Jari-jari tangan (fleksi/ekstensi/hiperekstensi, abduksi/adduksi, oposisi)
- Pinggul dan lutut (fleksi/ekstensi, abduksi/adduksi, rotasi internal/eksternal)
- Pergelangan kaki (fleksi/ekstensi, Rotasi)
- Jari kaki (fleksi/ekstensi)

Program latihan aktif dapat dilakukan dengan memberikan instruksi gerakan ROM aktif khususnya untuk anggota gerak bawah (dimulai dari area pinggul). Gerakan ini bertujuan untuk meningkatkan kekakuan otot dan kemampuan klien dalam berjalan. Beberapa gerakan ROM pasif yang dapat diberikan kepada klien antara lain (Liyawati, n.d.):

**Tabel Gerakan ROM Aktif**

Pinggul	Fleksi	Menggerakkan tungkai ke depan dan atas	90-120°
	Ekstensi	Menggerakkan kembali ke samping tungkai yang lain	90-120°
	Hiperekstensi	Menggerakkan tungkai ke belakang tubuh	30-50°
	Abduksi	Menggerakkan tungkai ke samping menjauhi tubuh	30-50°
	Adduksi	Menggerakkan tungkai kembali ke posisi median dan melebihi jika mungkin	30-50°
	Rotasi dalam	Memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain	90°
	Rotasi luar	Memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai yang lain	90°
	Sirkumduksi	Menggerakkan tungkai melingkar	-
Lutut	Fleksi	Menggerakkan tumit ke arah belakang paha	120-130°
	Ekstensi	Mengembalikan tungkai ke lantai	120-130°
Mata kaki	Dorsofleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke atas	20-30°
	Plantarfleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke bawah	45-50°
Kaki	Inversi	Memutar telapak kaki ke samping dalam	10°
	Eversi	Memutar telapak kaki ke samping luar	10°
Jari-jari kaki	Fleksi	Menekukkan jari-jari kaki ke bawah	30-60°
	Kstensi	Meluruskan jari-jari kaki	30-60°
	Abduksi	Menggerakkan jari-jari kaki satu dengan yang lain	15°
	Adduksi	Merapatkan kembali bersama-sama	15°

## 10. Keletihan (00093)

### Edukasi tentang Pengelolaan Kegiatan dan Manajemen Waktu

Intervensi yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah keletihan yaitu ajarkan pasien mengenai pengelolaan kegiatan dan teknik manajemen waktu. Untuk melakukan pengelolaan kegiatan atau aktivitas pasien dengan diagnosa keletihan dapat dilakukan beberapa hal seperti berikut ini:

#### 1) Latihan Rehabilitasi Fase I

Latihan ini dilakukan setelah pasien pulang dari rumah sakit pada hari ke-2 sampai ke-3 saat kondisi sudah stabil. Latihan yang diajarkan yaitu latihan ROM di tempat tidur dengan posisi tidur. Kemudian jika tidak ada keluhan, kegiatan ini dilakukan dengan posisi duduk. Latihan ROM sebaiknya dilakukan 3 kali sehari dengan mengulang masing-masing gerakan sebanyak 5 kali. Tujuannya untuk mencegah kekakuan sendi (Nirmalasari, 2017).

#### 2) Latihan Rehabilitasi Fase II

Latihan ini berupa berjalan, naik tangga atau latihan dengan alat seperti sepeda, tongkat, treadmill dan lain sebagainya. Latihan ini dilakukan secara bertahap. Sebelum melakukan latihan ini, harus dipastikan bahwa pasien dalam kondisi baik (Mulyaningsih, 2008).

#### 3) Latihan Rehabilitasi Fase III

Pada Fase III ini bertujuan untuk mempertahankan kondisi yang telah dicapai sekarang dan mencegah terjadinya serangan berulang. jalan kaki, biasanya sejauh 2,5 – 3 km dalam waktu 30 menit (Mulyaningsih, 2008).

### **Edukasi Relaksasi Otot Autogenik untuk Meningkatkan Tidur**

#### **a. Definisi**

Relaksasi merupakan suatu keadaan dimana seseorang merasakan bebas mental dan fisik dari ketegangan dan stres. Teknik relaksasi bertujuan agar individu dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa ketegangan dan stres yang membuat individu merasa dalam kondisi yang tidak nyaman (Potter, P.A. & Perry, 2005b).

#### **b. Tindakan**

Prosedur tindakan (Potter, P.A. & Perry, 2005b):

- 1) Beritahu klien
- 2) Atur posisi duduk atau berbaring
- 3) Tutup mata klien
- 4) Atur lingkungan yang nyaman dan tenang agar klien dapat berkonsentrasi
- 5) Memilih kata yang bisa menenangkan untuk digunakan sebagai “mantra”. Contoh: *astaghfirullah*
- 6) Instruksikan klien untuk melemaskan seluruh anggota tubuh, mulai dari kepala, bahu, punggung, tangan hingga kaki secara perlahan.
- 7) Instruksikan klien untuk mengatur napas secara perlahan dengan cara menghirup udara lewat hidung lalu dikeluarkan lewat mulut.
- 8) Instruksikan klien mengucapkan “mantra” yang telah dipilih tadi di dalam hati saat menghembuskan napas
- 9) Lakukan selama sekitar 10 menit. Pastikan pikiran klien tetap focus
- 10) Bila sudah merasa nyaman dan rileks, hentikan pengucapan “mantra” namun tetap dalam posisi duduk/berbaring dengan mata tertutup
- 11) Lalu ditutup dengan membuka mata secara perlahan
- 12) Lakukan prosedur 2-3 kali untuk mendapatkan hasil yang maksimal

### **Edukasi Manajemen Energi**

#### **a. Definisi**

Mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan (PPNI, 2018)

#### **b. Tindakan**

Prosedur tindakan (PPNI, 2018):

- 1) Anjurkan tirah baring.
- 2) Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap
- 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- 4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.

## 11. Hambatan pemeliharaan rumah (00098)

### Edukasi Keselamatan Rumah

#### a. Definisi

Mengajarkan pengelolaan rumah untuk meningkatkan dan mempertahankan keamanan rumah (PPNI, 2018)

#### b. Tindakan

Prosedur tindakan (PPNI, 2018):

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- 3) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- 4) Beri kesempatan untuk bertanya
- 5) Informasikan pentingnya penerangan yang cukup di dalam dan di luar rumah
- 6) Anjurkan barang pada area yang mudah terjangkau
- 7) Anjurkan memastikan alat-alat rumah tangga dalam keadaan baik
- 8) Anjurkan memastikan kabel-kabel terpasang dengan baik di dinding
- 9) Anjurkan pemasangan alat detektor kebakaran
- 10) Anjurkan memastikan barang mudah terbakar jauh dari kompor atau pemanas
- 11) Anjurkan memastikan memastikan pemanas air dalam rentang suhu yang dianjurkan atau lebih rendah
- 12) Anjurkan memastikan pemasangan pegangan tangan di area yang perlu
- 13) Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin
- 14) Anjurkan memastikan keset dan karpet lantai rapi dan lantai bebas barang berserakan
- 15) Ajarkan cara peletakan barang-barang di rumah agar memudahkan dalam bergerak.

### Edukasi tentang Lingkungan yang Berbahaya bagi Lansia

Terdapat faktor-faktor yang dapat menyebabkan jatuh pada lansia diantaranya factor intrinsic berupa gangguan muskuloskeletal misalnya menyebabkan gangguan gaya berjalan, kelemahan ekstremitas bawah, kekakuan sendi, sinkope yaitu kehilangan kesadaran secara tiba-tiba yang disebabkan oleh berkurangnya aliran darah ke otak dengan gejala lemah, penglihatan gelap, keringat dingin, pucat dan pusing (Lumbantobing, 2004). Selain itu, factor ekstrinsik berupa faktor dari luar (lingkungan sekitarnya) diantaranya cahaya ruangan yang kurang terang, lantai yang licin, tersandung benda-benda (Nugroho, 2000). Faktor-faktor ekstrinsik tersebut antara lain lingkungan yang tidak mendukung meliputi cahaya ruangan yang kurang terang, lantai yang licin, tempat berpegangan yang tidak kuat, tidak stabil, atau tergeletak di bawah, tempat tidur atau WC yang rendah atau jongkok, obat-obatan yang diminum dan alat-alat bantu berjalan (Darmojo & Martono, 2004).

Pencegahan risiko jatuh dengan mempertahankan lingkungan yang aman pada lansia (Agustina, 2014):

- a) Membersihkan lantai rumah
- b) Memindahkan barang-barang yang berserakan di lantai

- c) Memindahkan barang-barang yang mudah bergeser dan lapuk
- d) Mengganti lampu dengan penerangan yang cukup
- e) Kamar lansia menggunakan lampu ketika tidur
- f) Kamar mandi dibuat tidak licin sebaiknya diberi pegangan pada dindingnya, pintu yang mudah dibuka. WC sebaiknya dengan kloset duduk dan diberi pegangan di dinding (Miller, 1995).
- g) Terdapat lampu di bagian atas dan bawah tangga, terpasang pegangan tangan di kedua sisi tangga, terdapat warna untuk menandai tepi tangga, terutama bagian atas dan bawah tangga (Miller, 1995).

## 12. Ketidakefektifan Pemeliharaan kesehatan (00099)

### Edukasi Perilaku Upaya Kesehatan

#### a. Definisi

Mengajarkan dan memfasilitasi perubahan perilaku yang mendukung kesehatan (PPNI, 2018)

#### b. Tindakan

Prosedur tindakan (PPNI, 2018):

- 1) Jelaskan penanganan masalah kesehatan
- 2) Informasikan sumber yang tepat yang tersedia di masyarakat
- 3) Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan
- 4) Anjurkan mengevaluasi tujuan secara periodik
- 5) Ajarkan menentukan perilaku yang akan diubah, misalnya keinginan mengunjungi fasilitas kesehatan secara rutin
- 6) Ajarkan mengidentifikasi tujuan yang akan dicapai
- 7) Ajarkan program kesehatan dalam kehidupan sehari-hari
- 8) Ajarkan pencarian dan pemanfaatan sistem fasilitas pelayanan kesehatan
- 9) Ajarkan cara pemeliharaan kesehatan.

## 13. Defisit perawatan diri: makan (00102)

### Edukasi Diet pada Pasien Pasca Stroke

Pasien pasca stroke yang lama dirawat dirumah sakit memiliki status gizi yang kurang baik. Status gizi yang kurang pada pasien stroke menyebabkan timbulnya berbagai dampak antara lain meningkatnya infeksi saluran kemih dan pernafasan, meningkatnya mortalitas 3 bulan serangan stroke, meningkatnya lama hari rawat dan penurunan status fungsional (Ritonga, 2017).

Saran diet khusus pada pasien stroke antara lain energy yang cukup (24-45 kkal/kgBB), protein yang cukup (0.8-1 gram/kgBB), lemak (20-25% dari kebutuhan energy total) dan membatasi konsumsi lemak jenuh, karbohidrat cukup (60%-70% dari kebutuhan energy total), cukup akan vitamin (vitamin A, riboflamin, B6, asam folat, B12, C dan E), mineral yang cukup (kalsium, magnesium dan kalium), konsumsi serat yang cukup untuk membantu menurunkan kolesterol dan mencegah konstipasi, cairan (6-8 gelas sehari). Manfaat peningkatan status nutrisi pada pasien stroke adalah pasien mampu mempertahankan status gizi dan dapat mengkonsumsi makanan yang bergizi

dan sesuai dengan diet pasien stroke. Tabel berikut adalah konsumsi makanan yang dianjurkan pada pasien pasca stroke (Farida, 2009).

**Tabel Konsumsi Makanan yang Dianjurkan pada Pasien Stroke**

<b>Bahan Makanan</b>	<b>Makanan yang dianjurkan</b>
Sumber karbohidrat	Beras, kentang, ubi, singkong.
Sumber pangan hewani	Daging sapi dan ayam yang tidak berlemak.
Sumber protein nabati	Semua kacang-kacangan dan produk olahan yang dibuat dengan garam dalam jumlah sedikit.
Buah-buahan	Buah segar (pisang, papaya, jeruk) selain buah yang menimbulkan gas seperti durian.
Sumber lemak	Minyak zaitun dan minyak kedelai.
Minuman	The, kopi, coklat dalam jumlah terbatas.
Bumbu-bumbu	Gula, bawang merah, bawang putih, garam dalam jumlah terbatas.

### **Edukasi Perawatan Diri**

#### **Definisi**

Mengajarkan pemenuhan kebutuhan dasar perawatan diri (PPNI, 2018)

#### **Tindakan**

Prosedur tindakan (PPNI, 2018):

- 1) Identifikasi pengetahuan tentang perawatan diri.
- 2) Sidentifikasi kemampuan membaca, status kognitif, psikologis, tingkat kecemasan dan budaya.
- 3) Identifikasi masalah dan hambatan perawatan diri yang dialami.
- 4) Identifikasi metode pembelajaran yang sesuai.
- 5) Rencanakan strategi edukasi, termasuk tujuan yang realistis
- 6) Jadwalkan waktu dan intensitas pembelajaran yang sesuai penyakit
- 7) Ajarkan perawatan diri, praktik perawatan diri, dan aktifitas kehidupan sehari-hari
- 8) Anjurkan mendemonstrasikan praktik perawatan diri sesuai kemampuan
- 9) Anjurkan mengulang kembali informasi edukasi tentang perawatan diri.

### **14. Defisit perawatan diri: eliminasi (00110)**

#### **Edukasi Bladder Training**

Bladder Training merupakan upaya untuk melakukan pengontrolan pola berkemih secara normal. Tujuan Bladder Training adalah untuk mengembalikan pola berkemih secara normal dan menstimulasi urine secara normal. Bladder training dilakukan pada klien yang mengalami gangguan sistem berkemih. Kriteria mandiri adalah ketika klien mengeluarkan urine dengan jeda waktu 3-4 jam.

Cara melakukan Bladder Training adalah:

- Hentikan aliran urine dengan mengikat tali di kateter urine
- Minum air putih sebanyak 6-8 gelas (30 menit setelah makan)
- Merangsang pengeluaran urine (misalnya air mengalir dan menepuk paha bagian dalam)
- Hindari minuman berkafein seperti kopi, teh

-Pola berkemih dikontrol semenjak per-2 jam pagi-sore, dan per-4 jam pada malam hari

## **15. Defisiensi pengetahuan (00126)**

### **Edukasi Kesehatan**

#### **a. Definisi**

Mengajarkan pengelolaan faktor resiko penyakit dan perilaku hidup bersih serta sehat (PPNI, 2018)

#### **b. Tindakan**

Prosedur (PPNI, 2018):

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat
- 3) Persiapkan materi dan media edukasi
- 4) Jadwalkan waktu yang tepat sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga
- 5) Berikan kesempatan untuk bertanya kepada pasien dan keluarga
- 6) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- 7) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- 8) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

### **Edukasi Proses Penyakit**

#### **a. Definisi**

Memberikan informasi tentang mekanisme munculnya penyakit dan menimbulkan tanda dan gejala yang mengganggu kesehatan tubuh pasien (PPNI, 2018)

#### **b. Tindakan**

Prosedur (PPNI, 2018):

- 1) Jelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit.
- 2) Jelaskan patofisiologi munculnya penyakit
- 3) Jelaskan tanda dan gejala yang muncul oleh penyakit
- 4) Jelaskan kemungkinan terjadi komplikasi
- 5) Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan.
- 6) Ajarkan cara meminimalkan efek samping dari intervensi atau pengobatan.
- 7) Informasikan kondisi pasien saat ini
- 8) Anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tidak biasa.

### **Pengajaran: Diet Pada Pasien Hipertensi**

Salah satu intervensi keperawatan adalah menginstruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengonsumsi makanan yang diperbolehkan. Makanan adalah salah satu faktor yang berpengaruh terhadap peningkatan tekanan darah. Maka dari itu, penderita hipertensi dianjurkan untuk mengontrol makanan yang dikonsumsinya.

Makanan yang dianjurkan oleh penderita hipertensi yaitu (Anggriani, 2016):

- a. Makanan yang segar: sumber hidrat arang, protein nabati dan hewani, sayuran dan buah-buahan yang banyak mengandung serat.
- b. Makanan yang diolah tanpa atau sedikit menggunakan garam natrium, vetsin, kaldu bubuk.
- c. Sumber protein hewani: penggunaan daging/ ayam/ ikan paling banyak 100 gram/ hari. Telur ayam/ bebek 1 butir/ hari.
- d. Susu segar 200 ml/ hari

Makanan yang harus dibatasi oleh penderita hipertensi yaitu (Herwati & Sartika, 2014):

- a. Pemakaian garam dapur, konsumsi garam 1 sendok teh perhari.
- b. Penggunaan bahan makanan yang mengandung natrium seperti soda kue.

Makanan yang harus dihindari oleh penderita hipertensi yaitu (Anggriani, 2016):

- a. Makanan yang berkadar lemak jenuh tinggi (otak, ginjal, paru, minyak kelapa, gajih).
- b. Makanan yang diolah dengan menggunakan garam natrium (biskuit, kraker, keripik dan makanan kering yang asin).
- c. Makanan dan minuman dalam kaleng (sarden, sosis, kornet, sayuran serta buah-buahan dalam kaleng, *soft drink*).
- d. Makanan yang diawetkan (dendeng, asinan sayur/buah, abon, ikan asin, pindang, udang kering, telur asin, selai kacang).
- e. Susu *full cream*, mentega, margarin, keju *mayonnaise*, serta sumber protein hewani yang tinggi kolesterol seperti daging merah (sapi/kambing), kuning telur, kulit ayam).
- f. Bumbu-bumbu seperti kecap, terasi, saus tomat, saus sambal, tauco serta bumbu penyedap lain yang pada umumnya mengandung garam natrium.
- g. Alkohol dan makanan yang mengandung alkohol seperti durian, tape.

## **Edukasi Program Pengobatan**

### **c. Definisi**

Mengajarkan penggunaan obat secara aman dan efektif (PPNI, 2018)

### **d. Tindakan**

Prosedur (PPNI, 2018):

- 1) Jelaskan manfaat dan efek samping obat
- 2) Jelaskan strategi mengelola efek samping obat
- 3) Jelaskan cara penyimpanan, pengisian kembali atau pembelian kembali, dan pemantauan sisa obat
- 4) Jelaskan keuntungan dan kerugian program pengobatan
- 5) Informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan selama pengobatan
- 6) Anjurkan memonitor perkembangan keefektifan pengobatan
- 7) Anjurkan mengkonsumsi obat sesuai indikasi
- 8) Anjurkan bertanya jika ada sesuai yang tidak dimengerti sebelum dan sesudah pengobatan dilakukan.

- 9) Ajarkan kemampuan melakukan pengobatan mandiri.

## **Edukasi Efek Samping Obat**

### **a. Definisi**

Memberikan informasi untuk meminimalkan efek samping obat dari yang telah diberikan (PPNI, 2018)

### **b. Tindakan**

Prosedur (PPNI, 2018):

- 1) Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga dalam menerima informasi dari perawat
- 2) Persiapkan materi dan media edukasi
- 3) Jadwalkan waktu yang tepat sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga
- 4) Berikan kesempatan untuk bertanya kepada pasien dan keluarga
- 5) Jelaskan tujuan obat yang diberikan
- 6) Jelaskan indikasi dan kontraindikasi obat yang diberikan
- 7) Jelaskan cara kerja obat
- 8) Jelaskan dosis, cara pemakaian, waktu dan lamanya pemberian obat
- 9) Jelaskan tanda dan gejala bila pasien tidak cocok atau alergi
- 10) Anjurkan melihat tanggal kadaluwarsa obat
- 11) Anjurkan melihat kondisi fisik obat sebelum diminum
- 12) Anjurkan untuk segera ke pelayanan kesehatan terdekat jika reaksi obat membahayakan hidup pasien
- 13) Ajarkan cara mengatasi reaksi obat yang tidak diinginkan.

## **16. Ketidakefektifan perencanaan aktifitas (00199)**

### **Edukasi Terapi Kognitif**

Peran perawat melakukan edukasi terkait terapi kognitif pada klien hipertensi, supaya klien memiliki motivasi untuk melakukan terapi kognitif. Terapi kognitif adalah sebuah pendekatan psikoterapi, yang bertujuan untuk memecahkan masalah dengan melatih klien untuk berpikir secara logis dan menghilangkan pemikiran yang negatif serta mengembangkan asumsi positif untuk mengatasi masalah yang ada pada klien (Manuntung, 2018). Dalam terapi ini terdapat terapis atau pelatih yang akan mengajari klien mengenai teknis dan strategi untuk mengatasi masalah (Palmer, 2011).

Gambaran langkah-langkah dalam terapi kognitif (Suryaningrum, 2013):

- a. Latihan relaksasi otot
- b. Restrukturisasi kognitif, tahap ini bertujuan untuk mengurangi tingkat kecemasan yang disebabkan oleh pemikiran-pemikiran negatif dan mengubah dengan pemikiran yang positif
- c. Klien dihadapkan pada situasi dimana ia memiliki keyakinan bahwa harus melakukan aktifitas yang biasa dilakukan, namun klien dicegah untuk tidak melakukan kegiatan tersebut. Jika klien dapat mencegah untuk tidak melakukan aktifitas tersebut dan tidak menimbulkan efek yang negative, artinya hal ini dapat membantu dalam mengubah pikiran negative

## 17. Risiko bunuh diri (00150)

### Edukasi Pencegahan Bunuh Diri

#### a. Definisi

Mengidentifikasi dan menurunkan resiko merugikan diri sendiri dengan maksud mengakhiri hidup (PPNI, 2018)

#### b. Tindakan

Prosedur tindakan (PPNI, 2018):

- 1) Anjurkan mendiskusikan perasaan yang dialami kepada orang lain.
- 2) Anjurkan menggunakan sumber pendukung, misalnya guru spiritual.
- 3) Jelaskan tindakan pencegahan bunuh diri kepada keluarga atau orang terdekat
- 4) Informasikan sumber daya masyarakat dan program yang tersedia.
- 5) Latih pencegahan resiko bunuh diri, misalnya latihan asertif, relaksasi otot progresif.

## 18. Keluyuran (00154)

### Edukasi Keluarga Untuk Memberitahu tetangga tentang kondisi klien dan minta mereka menghubungi keluarga klien atau polisi jika mereka melihat klien keluar sendirian.

Edukasi kepada pengasuh yang merawat pasien dengan masalah keluyuran sangat bermanfaat dalam upaya pencegahan terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan. Salah satu manajemen dalam mengatasi masalah keluyuran adalah dengan program peringatan ketika pasien hilang. Edukasikan keluarga untuk memberitahukan dan mengingatkan tetangga mengenai perilaku kluayuran klien. Hal tersebut dilakukan agar tetangga yang hidup disekitaran klien juga ikut mengetahui kondisi klien saat ini dan ikut turut serta dalam mengawasi klien dilingkungan tempat tinggal klien. Selain hal tersebut sarankan keluarga klien untuk mengambil foto terakhir klien sebagai identitas yang dapat memudahkan pencarian jika sewaktu-waktu klien hilang, serta edukasikan keluarga untuk meminta bantuan tetangga atau polisi untuk segera menghubungi pihak keluarga ketika melihat klien keluar sendirian (Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, 2016).

## E. Penerapan Discharge Planning Pada Pasien Diabetes Melitus

Discharge planning pada pasien diabetes harus mengenali interaksi yang kompleks antara faktor pendidikan, fisik, sosial, eksternal dan faktor psikologis dalam manajemen diabetes. Prinsip-prinsip discharge planning pada pasien diabetes adalah (Societies For Inpatient Care, 2015):

- 1)Kebutuhan pemulangan pasien dengan diabetes harus dinilai dalam 24 jam setelah masuk. Penilaian meliputi pengumpulan informasi tentang pengetahuan diabetes, keterampilan manajemen diri, pendidikan dan kondisi sosial, perubahan fungsi kesehatan dan hambatan perawatan diri yang memengaruhi pemulangan.
- 2)Untuk membantu perencanaan, pemulangan harus dilakukan dengan simpel, kompleks atau cepat.



**Tabel Ceklis Review Edukasi Pasien Peroarangan**  
(Societies For Inpatient Care, 2015)

- Apa itu diabetes - tipe, patofisiologi, pengobatan
- Obat penurun glukosa oral: cara kerja, dosis, frekuensi, efek samping, waktu
- Glukagon-like peptide 1 (GLP 1) dapat diinjeksi: cara kerja, dosis, frekuensi, injeksi teknik, tempat suntikan, efek samping, waktu
- Makanan dan gizi: tujuan gizi, prinsip diet sehat, karbohidrat yang cukup, penghitungan karbohidrat, manajemen berat badan, dukungan nutrisi.
- Pemantauan: indikasi dan frekuensi, kisaran target dan alasan parameter individu, pemilihan meteran glukosa, pembuangan benda tajam
- Test keton darah: indikasi, aspek praktis pengetesan, frekuensi dan interpretasi hasil
- HbA1c :apa itu, relevansi dengan perawatan, target
- Tindakan insulin: akhir efek endogen dan eksogen pada glukosa darah, teknik injeksi, penyimpanan insulin, mendapatkan suplai insulin, penghitungan karbohidrat dalam kaitannya dengan penyesuaian dosis, indeks glikemik dan ukuran porsi
- Tempat injeksi: rasional untuk rotasi, lipodistrofi
- Pilihan perangkat: jarum suntik dan botol, pen sekali pakai, pen yang dapat digunakan kembali dengan kartrid, pompa
- Panjang jarum: alasan pemilihan, teknik injeksi, pembuangan benda tajam
- Hipoglikemia: penyebab, jenis hipoglikemia, tanda dan gejala, pengobatan, pilihan karbohidrat sederhana dan kompleks berkenaan dengan indeks glikemik makanan, strategi pencegahan, penggunaan glukagon jika tepat
- Hiperglikemia: penyebab, tanda dan gejala, efek akut, efek jangka panjang, penyesuaian obat, kapan harus meningkat
- Kehamilan: wanita usia subur, kehamilan yang direncanakan, perawatan selama kehamilan, kontrasepsi
- Aturan sakit: manajemen diabetes yang aman selama penyakit penyerta, penyesuaian dosis insulin, pemantauan
- Latihan: efek pada kontrol glikemik, efek pada hasil kardiovaskular, prinsip penyesuaian dosis, rekomendasi nasional
- Komplikasi akut dan penghindaran yang sama: hipoglikemia
- Komplikasi kronis: mikrovaskuler, makrovaskuler
- Alkohol: efek pada kontrol glikemik, rekomendasi nasional
- Merokok : efek pada kontrol glikemik, rekomendasi nasional, berhenti merokok
- Kerja shift: asupan makanan, pemantauan dan penyesuaian obat-obatan seperti insulin
- Mengemudi: manajemen hipoglikemia, pembatasan, asuransi
- Kejadian khusus & masalah budaya: mengelola diabetes dengan aman untuk perayaan, acara keagamaan seperti Ramadhan
- Perawatan Mata: dampak diabetes pada mata, kebutuhan untuk skrining retina, penyediaan perawatan yang diharapkan
- Perawatan kaki: perawatan kaki harian, perawatan darurat
- Instruksi tertulis: literatur untuk dukungan diskusi, rencana pendidikan dan perawatan
- Disfungsi ereksi, perawatan, konseling

## F. Pendokumentasian Implementasi Discharge Planning

Pendokumentasian discharge planning dapat menggunakan berbagai bentuk pendokumentasian, tergantung kebijakan dari rumah sakit. Salah satu pendokumentasian implementasi discharge planning adalah dengan menggunakan *Focus Charting*. Sistem *Focus Charting* ini terdiri dari tiga kategori: data, tindakan, dan respons, atau Data Action Respon (DAR). Data dapat mencakup masalah yang diidentifikasi spesifik yang dinyatakan sebagai diagnosis keperawatan. Contoh data dapat mencakup: diagnosis keperawatan (seperti Defisiensi Pengetahuan), data subjektif atau objektif, perilaku klien, perubahan kondisi klien, peristiwa penting (seperti debridemen luka), kebutuhan khusus (seperti rujukan ke layanan perawatan kesehatan di rumah). Kategori Action atau tindakan mencakup tindakan keperawatan berdasarkan penilaian kondisi klien. Contohnya adalah memberikan edukasi tentang cara menggunakan kruk. Tindakan juga dapat mencakup perubahan pada rencana perawatan yang dianggap perlu, yang dihasilkan dari penilaian perawat. Respon adalah respon klien pada pelayanan keperawatan, tindakan medis atau intervensi khusus lainnya (Seaback, Gleason, & Pendleton, 2006).

**Tabel Contoh Dokumentasi Implementasi Keperawatan**

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN			
Nama : .....		No. Reg. : .....	
Tgl Lahir : .....		Ruang : .....	
Tanggal	Jam	Fokus	Implementasi
6/09/2019	07.30	Mobilitas	D=Hambatan mobilitas fisik A= Mengajarkan pada klien tentang menggunakan tongkat R= Klien memahami cara menggunakan tongkat .....Ns. Rofii
	09.00	Mobilitas	D=Hambatan mobilitas fisik A= Melatih pasien tentang cara memenuhi kebutuhan ADL R= Klien memahami cara memenuhi kebutuhan ADL .....Ns.Rofii
	11.00	Mobilitas	D=Hambatan mobilitas fisik A= Mengajarkan pasien tentang teknik ambulasi R= Klien memahami teknik ambulasi .....Ns. Rofii

## BAB VII

### EVALUASI KEPERAWATAN PADA DISCHARGE PLANNING

#### A. Pengertian Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah pengukuran sejauh mana tujuan diagnosa keperawatan itu tercapai. Tujuan evaluasi keperawatan adalah untuk menentukan kemajuan klien atau kemajuan pencapaian hasil yang diharapkan, untuk menentukan efektivitas asuhan keperawatan, untuk menentukan kualitas perawatan yang diberikan, dan untuk mempromosikan akuntabilitas keperawatan (DeLaune, SC., Ladner, 2011).

Evaluasi dilakukan untuk menentukan apakah klien mengalami peningkatan status kesehatan. Evaluasi yang efektif dilakukan secara berkala, bukan hanya di akhir perawatan. Evaluasi berkaitan erat dengan diagnosa keperawatan, intervensi dan implementasi keperawatan. Rencana perawatan dapat dilakukan modifikasi saat melakukan evaluasi keperawatan. Sasaran evaluasi adalah klien dan hasil yang diharapkan (DeLaune, SC., Ladner, 2011).

**Tabel Keterkaitan Evaluasi dengan Tahap Proses Keperawatan Lainnya**

Diagnosa	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Evaluasi
<b>Hambatan mobilitas fisik (00085)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Menyatakan pemahaman tentang situasi dan program terapi individu dan tindakan keamanan</li> <li><input type="checkbox"/> Mendemonstrasikan teknik atau perilaku yang memungkinkan kelanjutan aktivitas</li> <li><input type="checkbox"/> Berpartisipasi dalam aktivitas kehidupan sehari hari (ADL) dan aktivitas yang diinginkan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ajarkan klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera</li> <li><input type="checkbox"/> Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi</li> <li><input type="checkbox"/> Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan</li> <li><input type="checkbox"/> Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Menyatakan pemahaman tentang situasi dan program terapi individu dan tindakan keamanan</li> <li><input type="checkbox"/> Mendemonstrasikan teknik atau perilaku yang memungkinkan kelanjutan aktivitas</li> <li><input type="checkbox"/> Berpartisipasi dalam aktivitas kehidupan sehari hari (ADL) dan aktivitas yang diinginkan.</li> </ul>

## B. Evaluasi dalam Discharge planning

Audit praktek pemulangan yang akan terjadi sebagai bagian dari pelaksanaan perencanaan pulang. Audit atau evaluasi tersebut diperiksa dalam satu tahun dari persetujuan atau sebelumnya jika diperlukan. Audit dari gambaran dan pengalaman staf akan menginformasikan setiap perubahan yang diperlukan (Boyd et al., 2009).

## C. Pendokumentasian Evaluasi Discharge Planning

Tabel Contoh Dokumentasi Evaluasi Discharge Planning

EVALUASI KEPERAWATAN			
Nama : .....		No. Reg. : .....	
Tgl Lahir : .....		Ruang : .....	
Tanggal	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf Nama
6/9/2019	13.30	S : Menjawab pertanyaan tentang cara BAB tanpa bantuan dengan benar O : Dapat memperagakan cara BAB tanpa bantuan A : Defisit perawatan diri: eliminasi P : Ajarkan cara menggunakan pispot Ajarkan cara membersihkan kotoran secara mandiri	Rofii

## D. Ringkasan (Resume) Discharge Planning

Format ringkasan perencanaan pulang telah dikembangkan oleh *Departement of Veterans' Affairs* (2005). Ringkasan perencanaan pulang mendokumentasikan tentang nomor register, nama, tanggal lahir, jenis kelamin, tanggal masuk, ruang, tanggal keluar, alamat, nomor telepon, pemberitahuan tentang pemindahan, agama, bahasa yang digunakan, dimana tujuan pulang, diagnosa, prosedur, komplikasi, riwayat masa lalu, alergi, dan ringkasan kondisi saat pemindahan. Ringkasan kondisi saat pemindahan yaitu menjelaskan tentang nutrisi, kulit, mobilitas dan alat bantu, gastrointestinal, penglihatan, pendengaran, perkemihan, status orientasi, berat badan, riwayat merokok, dan manajemen keperawatan (Veterans, 2005).

## Ringkasan Discharge Planning

(Sumber dari (Veterans, 2005)

<b>RINGKASAN DISCHARGE PLANNING</b>	
No. Register .....	.....
Nama .....	Nama lain .....
Tanggal lahir .....	Jenis kelamin .....
Tanggal masuk ..... Ruang ..... Tgl keluar .....	
Alamat .....	
Telp. ....	Nama kontak .....
Telp. ....	Hubungan dengan pasien .....
Pemberitahuan transfer : Ya / Tidak.	
Agama .....	
Bahasa yang digunakan ..... penerjemah (Ya / Tidak)	
Pada saat pulang, apakah pasien akan kembali ke rumah? Ya / Tidak	
Jika tidak, dimana tujuan pulangnyanya? .....	
.....	
Diagnosa .....	
Prosedur .....	
Komplikasi .....	
Riwayat masa lalu yang relevan .....	
Alergi .....	
<b>RINGKASAN KONDISI SAAT TRANSFER</b>	
Nutrisi .....	
Kulit .....	
Mobilitas dan alat bantu .....	
Gastrointestinal .....	
Penglihatan ..... Pendengaran .....	
Perkemihan (mis. kateter, tgl masuk kateter, inkontinensia) .....	
Status orientasi .....	
Berat badan ..... Merokok (Ya / Tidak )	
Manajemen keperawatan .....	
.....	
Lampiran ringkasan pulang dokter (Ya / Tidak)      Rontgen (Ya / Tidak)	
Obat pasien (Ya / Tidak)      Perbekalan lain (Ya / Tidak)	
.....	
.....	.....
Medical officer (nama)	Tanda tangan perawat (Nama)
Tanggal .....	No. Telp. ....

## BAB VIII IDEAL DISCHARGE PLANNING

### A. Definisi IDEAL Discharge Planning

IDEAL (*Include, Discuss, Educate, Asses, Listen*) *discharge planning* merupakan suatu program yang menjadi salah satu bagian dari bukti holistik untuk pasien di rumah sakit, bahwa pasien dan keluarga berhak untuk dilibatkan dalam proses perawatan, meningkatkan kualitas rumah sakit dan keselamatan (Ford MP, 2015).

### B. Manfaat IDEAL Discharge Planning

Manfaat IDEAL *Discharge Planning* adalah dapat meningkatkan *outcomes* pasien, mengurangi kembali rawat ulang (*readmission*) yang tidak direncanakan, dan meningkatkan kepuasan pasien, karena IDEAL *discharge planning* melibatkan pasien dan keluarga (Manning, K., & HM., 2015). Manfaat positif dari pelaksanaan IDEAL *Discharge Planning* yaitu peningkatan skor nilai survei kepuasan pelanggan rumah sakit menggunakan HCAHPS (*Hospital Consumer Assessment Healthcare Providers and System*) (Nurfataro, 2013).

Penelitian dari *American Institutes for Research* (AIR) pada tahun 2012 di Rumah Sakit Trinity yang telah dipilih sebagai salah satu dari tiga rumah sakit untuk *pilot project* pelaksanaan IDEAL *discharge planning*. Hasil penelitian menunjukkan manfaat yang positif dari pelaksanaan IDEAL *discharge planning* yaitu meningkatkan kesiapan pasien pulang, meningkatkan akuntabilitas informasi antara perawat, pergeseran perubahan waktu keperawatan untuk melakukan informasi laporan atau dokumentasi lebih efektif, meningkatkan komunikasi antara pasien, anggota keluarga, dan staf kesehatan sebesar 89%, peningkatan skor nilai survei kepuasan pelanggan rumah sakit sebesar 63%, manajemen nyeri 85%, meningkatkan instruksi perencanaan pulang 45% dan perawat melaporkan menjadi lebih mengetahui masalah yang berkaitan dengan proses *discharge planning*, termasuk kualitas hidup pasien dan kebutuhan perawatan pasien di rumah (Shepperd S, Na L, & Mccluskey A, Id C, 2013).

### C. Tahapan IDEAL *Discharge Planning*

Tahapan dalam pelaksanaan IDEAL *discharge planning* yang terdiri dari *Include, Discuss, Educate, Asses, Listen*.

#### 1. *Include* (Melibatkan)

Melibatkan pasien dan keluarga sebagai mitra penuh dalam proses perencanaan pulang.

- a. Selalu menyertakan pasien dan keluarga dalam pertemuan tim tentang perencanaan. *Discharge planning* bukan peristiwa satu kali, tetapi sebuah proses yang berlangsung selama dirawat di rumah sakit.
- b. Mengidentifikasi anggota keluarga atau teman yang akan memberikan perawatan di rumah dan melibatkan mereka dalam diskusi.

## 2. **Discuss (Berdiskusi)**

Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga lima hal utama untuk mencegah terjadinya masalah di rumah:

- a. Menjelaskan bagaimana kehidupan di rumah yang akan terjadi seperti lingkungan rumah, dukungan yang diperlukan, makanan apa yang boleh dimakan atau yang harus dihindari oleh pasien, kegiatan/ aktivitas yang boleh dilakukan atau dihindari.
- b. Ulasan obat. Mendiskusikan masing – masing tujuan dari setiap obat, berapa banyak obat yang harus dimakan, waktu, cara meminumnya, potensi efek samping dan bila obat habis bagaimana cara memperolehnya.
- c. Menyoroti tanda - tanda gejala dan masalah. Mengidentifikasi tanda-tanda gejala atau potensi masalah yang dapat terjadi. Tuliskan nama dan kontak informasi dari seseorang untuk menghubungi jika ada masalah.
- d. Menjelaskan hasil tes. Menjelaskan hasil tes kepada pasien dan keluarga. Jika hasil tes tidak tersedia pada perencanaan, beritahu pasien dan keluarga kapan mereka harus mendapatkan hasil dan mengidentifikasi siapa yang harus mereka hubungi jika belum mendapatkan hasil sesuai tanggal tersebut.
- e. Membuat janji *follow up* (tindak lanjut/kontrol). Menawarkan untuk membuat janji tindak lanjut dengan pasien. Memastikan bahwa pasien dan keluarga mengetahui tindak lanjut apa yang dibutuhkan.

## 3. **Educate (Menedukasi)**

Memberikan pendidikan tentang kondisi pasien, proses pemulangan, dan langkah-langkah selanjutnya disetiap kesempatan kepada pasien dan keluarga selama dirawat di rumah sakit dengan menggunakan bahasa sederhana. Memberikan semua informasi lebih banyak tentang kondisi pasien dan langkah selanjutnya pada hari pemulangan. Perencanaan pulang harus menjadi proses yang berkelanjutan selama pasien dirawat di rumah sakit, bukan peristiwa yang dilaksanakan hanya satu kali. Selama di rumah sakit perawat bertanggungjawab untuk :

- a. Mendatangi pasien dan keluarga saat pasien masuk dan setiap hari memperhatikan kemajuan pasien dalam mencapai tujuan
- b. Melibatkan pasien dan keluarga dalam laporan timbang terima setiap *shift*
- c. Berbagi daftar tertulis dari obat-obatan setiap pagi. Menjelaskan nama obat, dosis, frekuensi, cara meminumnya dan efek samping yang mungkin terjadi.
- d. Mendorong pasien dan keluarga agar mengambil bagian dalam praktek perawatan untuk mendukung kompetensi dan kepercayaan diri mereka ketika dalam pengasuhan saat di rumah.

#### 4. **Asses (Menilai)**

Menilai seberapa baik kemampuan dokter dan perawat menjelaskan tentang diagnosis, kondisi, dan langkah-langkah selanjutnya dalam perawatan pasien kepada pasien dan keluarga dan mengajarkan kembali.

- a. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang kondisi dan perawatan yang dibutuhkan dan mengulangi bagian kunci dari informasi selama perawatan di rumah sakit
- b. Meminta pasien dan keluarga untuk mengulangi apa yang sudah perawat katakan dengan menggunakan kata-kata mereka sendiri untuk memastikan bahwa perawat menjelaskan hal dengan baik serta pasien sudah paham dan mengerti tentang penjelasan yang sudah diberikan.

#### 5. **Listen (mendengarkan)**

Mendengarkan dan menghormati tujuan, pilihan, hasil pengamatan dan masalah/keluhan pasien dan keluarga.

- a. Mengajukan pasien dan keluarga untuk menggunakan *booklet* yang sudah diberikan untuk bertanya atau menuliskan pertanyaan/masalah dan jawaban
- b. Mengajukan pertanyaan terbuka untuk memperoleh pertanyaan dan masalah.
- c. Menggunakan daftar periksa dan memberikan *booklet* untuk persiapan pulang ke rumah agar memastikan bahwa pasien dan keluarga merasa siap untuk pulang
- d. Membuat jadwal minimal satu pertemuan khusus untuk melaksanakan perencanaan dengan pasien dan keluarga sebagai pemberi perawatan.

#### D. **Proses IDEAL *Discharge Planning***

Proses IDEAL *discharge planning* adalah dengan menerapkan elemen kunci yang terdiri dari *Include, Discuss, Educate, Asses, Listen*. Berikut merupakan proses pelaksanaan IDEAL *discharge planning*.

**Tabel Proses IDEAL Discharge Planning**

<b>Waktu</b>	<b>Proses <i>Discharge</i> ke Petugas RS</b>	<b>Proses IDEAL <i>Discharge Planning</i> yang Melibatkan Pasien dan Keluarga, Petugas RS</b>
Saat pasien masuk	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Menuliskan pemesanan masuk ke dalam catatan rumah sakit dan menindaklanjuti dengan penyedia layanan komunitas untuk mendapatkan informasi atau</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mengidentifikasi siapa pengasuh yang akan merawat pasien di rumah</li><li>▪ Memperoleh tujuan pasien dan keluarga untuk dirawat di rumah sakit</li><li>▪ Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang langkah-langkah <i>discharge planning</i></li><li>▪ Menjelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa mereka dapat</li></ul>

	<p>pencatatan yang tidak ada (pengkajian awal masuk)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memberikan informasi terkait rekonsiliasi daftar pengobatan</li> </ul>	<p>menggunakan <i>booklet</i> untuk bertanya dan menuliskan pertanyaan masalah atau keluhan yang dialami.</p>
Setiap hari selama pasien dirawat di rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengelola kondisi pasien</li> <li>▪ Menetapkan manajer kasus atau perencanaan pemulangan kepada pasien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mendidik pasien dan keluarga tentang kondisi pasien di setiap kesempatan dan mengajarkan kembali</li> <li>▪ Menjelaskan obat kepada pasien dan keluarga dengan mudah dan mengajarkan kembali Mendiskusikan kemajuan perawatan pasien dalam mencapai tujuan dan pemulangan</li> <li>▪ Melibatkan pasien dan keluarga dalam praktek perawatan untuk mempersiapkan perawatan di rumah</li> <li>▪ Perawat menggunakan <i>checklist</i> harian IDEAL <i>discharge planning</i></li> </ul>
Sebelum pemulangan	<p>Mengkoordinasikan perawatan di rumah dan kebutuhan peralatan khusus</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menyiapkan pasien dan keluarga untuk</li> <li>▪ peralihan atau transisi ke rumah</li> <li>▪ Menjadwalkan pertemuan perencanaan</li> <li>▪ pulang dengan pasien dan keluarga</li> <li>▪ Menawarkan untuk membuat tindak lanjut (<i>follow up</i>) janji bertemu dengan <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pasien.</li> </ul> </li> </ul>
Hari pemulangan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menuliskan ringkasan pemulangan (dari dokter saja)</li> <li>▪ Informasi terkait rekonsiliasi daftar pengobatan</li> <li>▪ Memberikan instruksi pemulangan yang tertulis kepada pasien dan keluarga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menggunakan teknik mengajarkan kembali untuk menilai seberapa baik pemberi pelayanan telah menjelaskan diagnosis, kondisi, dan instruksi pemulangan kepada pasien dan keluarga</li> <li>▪ Meninjau daftar obat dicocokkan dengan pasien dan keluarga</li> <li>▪ Menuliskan waktu janji bertemu <i>follow up</i> kepada pasien dan keluarga</li> <li>▪ Menuliskan nama, alamat dan telepon rumah sakit untuk menghubungi jika ada masalah setelah dipulangkan</li> </ul>

Berikut ini merupakan form *checklist* tindakan yang harus dilakukan oleh perawat dalam proses IDEAL *Discharge Planning* dimulai saat pengkajian awal keperawatan, sebelum pertemuan *discharge planning*, selama pertemuan *discharge planning*, dan hari pemulangan (“Quality A for HR and. IDEAL Discharge Planning Overview, Process and Checklist. US Dep Heal Hum Serv white house,” 2013).

**Tabel Form Checklist Proses IDEAL *Discharge Planning***

Isikan, pertama, dan tanggal berikutnya setiap tugas yang sudah selesai.

<b>Nama Pasien:</b> .....			
<b>Pengkajian Awal Keperawatan</b>	<b>Sebelum Pertemuan <i>Discharge Planning</i></b>	<b>Sebelum Pertemuan <i>discharge Planning</i> Selama Pertemuan <i>discharge planning</i></b>	<b>Hari Pemulangan</b>
<input type="checkbox"/> Mengidentifikasi siapa pengasuh yang akan merawat pasien di rumah <input type="checkbox"/> Mengidentifikasi kepada pasien dan keluarga tujuan dirawat dirumah sakit <input type="checkbox"/> Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang langkah-langkah <i>discharge planning</i>	<input type="checkbox"/> Mendistribusikan <i>booklet</i> kepada pasien dan keluarga dengan memberikan penjelasan bahwa mereka dapat menggunakan <i>booklet</i> untuk bertanya dan menuliskan pertanyaan masalah atau keluhan yang dialami. <input type="checkbox"/> Membuat jadwal Pertemuan <i>discharge planning</i>	<input type="checkbox"/> Mendiskusikan pertanyaan pasien <input type="checkbox"/> Mendiskusikan pertanyaan keluarga <input type="checkbox"/> Meninjau instruksi pulang yang dibutuhkan <input type="checkbox"/> Mendidik pasien dan keluarga tentang kondisi pasien di setiap kesempatan dan mengajarkan kembali <input type="checkbox"/> Menjelaskan obat kepada pasien dan keluarga dengan mudah dan mengajarkan kembali <input type="checkbox"/> Mendiskusikan kemajuan perawatan pasien dalam mencapai tujuan dan pemulangan <input type="checkbox"/> Melibatkan pasien dan keluarga dalam praktek perawatan untuk mempersiapkan perawatan di rumah <input type="checkbox"/> Perawat menggunakan <i>checklist</i> harian IDEAL <i>discharge planning</i> <input type="checkbox"/> Menawarkan untuk menjadwalkan <i>follow up</i> pertemuan dengan penyedia layanan	Pengobatan <input type="checkbox"/> Meninjau daftar obat dicocokkan dengan pasien dan keluarga <input type="checkbox"/> Mengulas daftar obat dengan pasien dan keluarga dan mengajarkan kembali Membuat janji dan informasi kontak <input type="checkbox"/> Menuliskan waktu janji bertemu <i>follow up</i> kepada pasien dan keluarga <input type="checkbox"/> Mengatur setiap kebutuhan perawatan dirumah <input type="checkbox"/> Menuliskan dan memberikan jadwal kontrol kepada pasien dan keluarga <input type="checkbox"/> Menuliskan nama, alamat dan telepon rumah sakit untuk menghubungi jika ada masalah setelah dipulangkan <input type="checkbox"/> Memberikan instruksi pemulangan yang tertulis kepada pasien dan keluarga



media *booklet* persiapan untuk pulang ke rumah yang dapat membantu kesiapan pasien dan keluarga dalam proses perencanaan pulang<sup>56</sup>.

Perawat menerapkan langkah-langkah proses *discharge planning* dengan elemen kunci IDEAL (*Include, Discuss, Educate, Asses dan Listen*), sehingga perawat mengetahui apa yang dibutuhkan oleh pasien dan keluarga disertai dengan pembagian buku pegangan (*booklet* persiapan untuk pulang ke rumah) kepada pasien, dimana buku tersebut berisi panduan tentang beberapa pertanyaan yang bisa pasien tanyakan kepada perawat atau bisa juga digunakan untuk menulis jawaban yang diberikan oleh perawat dan buku tersebut dapat dibawa pulang<sup>57</sup>.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ades, P. A. (2001). Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *The New England Journal of Medicine*, 345(12), 892.
- Agustina, L. (2014). Deskriptif tentang karakteristik lingkungan yang berisiko terjadinya jatuh pada lansia di Desa Susukan Kecamatan Susukan Kabupaten Semarang. *Jurnal Keperawatan FIKKes*, 7(2), 100–106.
- Alamsyah, d. (2015). Transfer Pasien Dari Tempat Tidur Ke Kursi Roda, Dari Kursi Roda Ke Tempat Tidur, Dan Dari Kursi Roda Ke Ambulan. *Jurnal Keperawatan Stikes Nani Hasanudin*.
- Alper, E. (2017). Hospital discharge and readmission[Internet]. UpToDate. 2017.
- Anggriani, L. (2016). Deskripsi kejadian hipertensi warga RT. 05/RW. 02 tanah kali kedinding surabaya. *Jurnal Promke*, 4(2), 151–164.
- Arnetz, J. E., & Bengt B., A. (1996). The Development and Application of a Patient Satisfaction Measurement System for Hospital-wide Quality Improvement, 8(6), 555–566.
- Asmuji, asmuji. (2018). Implementation of Discharge Planning in Hospital Inpatient Room by Nurses. *Jurnal Ners*, 13(1), 106–113.
- Baron, M., Erlenbusch, B., Moran, C.F., O'Connor, K., Rice, K., & Rodriguez, J. . (2008). *Best practices manual for discharge planning: mental health & substance abuse facilities, hospitals, foster care, prisons and jails*. Los Angeles: Coalition to hunger & homelessness.
- Birmingham, J. (2004). Discharge Planning: A Collaboration Between Provider and Payer Case Managers Using Medicare's Conditions of Participation. *Lippincott's Case Management*, 9(1), 147–151.
- Bischoff, L., Kathrin Otto, A., & Hold, C. (2019). Bischoff, L., Kathrin Otto, A., & Hold, C. The effect of physical activity interventions on occupational stress for health personnel: A systematic review. *Elsevier*, 94–104.
- Boyd, M., Byrne, E., Donovan, A., Gallagher, J., Phelan, J., Keating, A., & Al., E. (2009). *Guideline for nurse/midwife facilitated discharge planning*.
- Bull, M.J., Hansen, H.E., & Gross, C. R. (2000). Differences in family caregiver outcomes by their level of involvement in discharge planning. *Appl Nurs Res.*, 76–82.
- Bull, M., Hansen, H., & Gross, C. (2000). Predictors of Elder and Family Caregiver Satisfaction with Discharge Planning. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(3), 76–87.
- Caroll, A. (2007). Discharge planning : communication, education and patient participation., 16(14), 883–885.
- Carpenito L.J. (2009). *Nursing care plans & documentation: Nursing diagnosis and collaborative problems* (5th editio). Philadelphia: Wolter Kluwer Health. Lippincott William & Wilkins.
- Charles, C., Whelan, T., Gafni, A., William, A., & Farell, S. (2003). Shared treatment decision making what does it mean to physicians? *J Gen Clin Oncol*, 21, 932–936.
- CMS. (2008). *Planning for your discharge: A checklist for patients and caregivers preparing to leave a hospital, nursing home, or other health care setting*.
- Danvers, L. (2011). The availability time of discharge planning. American Physical Therapy Association. In *Clearance Center Inc, 222 Rosewood*. Clearance Center Inc, 222 Rosewood.

- Darmojo, B., & Martono, H. (2004). *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Jakarta: FKUI.
- DeLaune, SC., Ladner, P. (2011). *Fundamentals of Nursing : Standards & Practice* (fourth edi). Clifton Park, New York-USA: Delmar.
- Dinata, W. W. (2015). Menurunkan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Yoga. *Jurnal Olahraga Prestasi*.
- Doenges ME, Moorhouse MF, dan M. A. (2010). *Nursing Diagnosis Manual: Planning, Individualizing, and Documenting Client Care*. (Third edit). Philadelphia USA: F.A. Davis Company.
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31(20), 1165–1173.
- Ekawati, I. (2008). *Penatalaksanaan terapi latihan pada kasus post fraktur cruris 1/3 tengah dextra dengan pemasangan plate and screw di bangsal bougenville Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. Soeharso Surakarta*.
- Farida, I. (2009). *Mengantisipasi Stroke*. Yogyakarta: Buku Biru.
- Florin, J. (2007). *Patient participation in clinical decision making in nursing – a collaborative effort between patients and nurses*. Örebro University, Örebro.
- Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing Wiley-Blackwell*, 15(3), 1498–1508.
- Ford MP. (2015). IDEAL Discharge Planning : Smooth Patient Transitions From Hospital To Home. Wellness Netw [Internet]. Retrieved from <http://www.thewellnessnetwork.net>
- Frampton R. (2011). *The leads teaching hospitals NHS: Discharge policy*. Shetland.
- Furaker, C., Hellstrom-Muhli, U., & Walldal, E. (2004). Quality of care in relation to a critical pathway from the staff's perspective. *Journal of Nursing Management*, 12(10), 309–316.
- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, C. M. W. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. (R. D. T. Intansari Nurjannah, Ed.) (6th ed.). Singapore: Elsevier Inc.
- Han, C.Y., Barnard, A., & Chapman, H. (2009). Emergency department nurses' understanding and experiences of implementing discharge planning. *Journal of Advanced Nursing. Wiley-Blackwell, Volume 65*(Number 6.), 1283-1292(10).
- Helmi, & N, Z. (2012). *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba medika. Jakarta: Salemba medika.
- Herwati, & Sartika. (2014). Terkontrolnya tekanan darah penderita hipertensi berdasarkan pola diet dan kebiasaan olahraga. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(1), 61–69.
- Holland, D.E. & Hemann, M. A. (2011). Standardizing hospital discharge planning at the Mayo Clinic. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Volume 37(Number 1), 29-36(8).
- Holliday, R., Cano, S., Freeman, J., & Playford, E. (2007). Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 78(40), 576–580.
- Holm, S. E., & Mu, K. (2012). Discharge planning for the elderly in acute care" The perceptions of experienced occupational therapists. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 30(2), 214–223.

- Ilyas Y. (2002). *Kinerja, teori, penilaian dan penelitian* (Edisi Ketii). Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan. FKM UI.
- Iyer, P.W., Levin, B.J. & Shea, M. A. (2006). *Medical legal aspects of medical records*. USA: Lawyers & Judges Publishing Company.
- Jolliffe, J. A., Rees, R. S., Taylor, D., Thompson, N., Oldridge, & Ebrahim. (2001). Exercise based rehabilitation for coronary heart disease. *Sports Medicine Journal*, 1(87).
- Kamalakaran, Sureshkumar, E. al. (2016). Archives of physical medicine and rehabilitation, 97(9), 1526–1532.
- Kemenkes RI. (2006). Pedoman Pengendalian Demam Tifoid. Retrieved from <http://www.pdpersi.co.id/peraturan/kepmenkes/kmk3642006.pdf>
- Kemenkes RI. (2011). Diet Lambung. Retrieved from <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:VuTbcmYm7pgJ:gizi.dpk.es.go.id/wp-content/uploads/2013/08/Brosur-Diet-Lambung.pdf+&cd=1&hl=id&ct=clnk&gl=id>
- Kemenkes RI. (2015). Pembinaan Kesehatan Olahraga di Indonesia . Hari Internasional Olahraga Untuk Pembangunan dan Perdamaian.
- Kozier, B. (2004). *Fundamentals of nursing : concepts, process, and practice* (7th editio). Upper Saddle River, N.J. : Prentice Hall Health.
- Lavie, C. J., R. V. M. and A. B. L. (1993). Benefits of cardiac rehabilitation and exercise training in secondary coronary prevention in the elderly. *Journal of the American College of Cardiology*, 22(3), 678.
- Levinson, W. et al. (2004). Not all patient want to participate in decision making a national study of public preferences, 7(2), 531–535.
- Liyanawati, D. I. (n.d.). *Pemberian range of motion (ROM) aktif-asitif: spherical grip terhadap peningkatan kekuatan otot ekstermitas atas pada asuhan keperawatan Tn. W dengan stroke di Ruang Anyelir RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri*. 2015.
- Lumbantobing, S. M. (2004). *Neurogeriatri*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Manning, D., K., S., & HM., L. (2015). Advancing Toward The IDEAL Hospital Discharge For Eldery Patient. Retrieved from <http://www.the-hospitalist.org>
- Manuntung, A. (2018). *Terapi Perilaku Kognitif pada Pasien Hipertensi*. Malang: Penerbit Wineka Media.
- Marchionni, N., Fattirolli, S., Fumagalli, N., Oldridge, F., Del Lungo, L., Morosi, C., ... Masotti. (2003). Improved exercise tolerance and quality of life with cardiac rehabilitation of older patients after myocardial infarction: results of a randomized, controlled trial. *Circulation*, 107(17), 2201.
- McCloskey, J. C. (1996). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Philadelphia USA: St. Loui: Mosby.
- McKenna, et al. (2000). Discharge planning: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing Wiley-Blackwell*, 5(1), 594–601.
- Miller, C. (1995). *Nursing care of older adult*. Philadelphia USA: J.B.Lippincott Company.
- MNS. (2011). Management and network services: Skilled discharge planning form. Retrieved March 21, 2011, from <http://ebookbrowse.com/skilled-discharge-planning-form-pdf-d72670733>
- Moran, G., Semansky, R., Quinn, E., Noftsinger, R., & Koenig, T. (2005). *Evaluability assesment of discharge planning and the prevention of homelessness*. Rockville, Maryland: WESTAT.

- Mulyaningsih, F. (2008). *Penderita Jantung Menjadi Bugar Melalui Olahraga*. Yogyakarta: FIK UNY.
- Murray, et al. (2007). Clinical decision-making: physicians' preferences and experiences, 8(10), 1–10.
- NANDA International. (2009). *NANDA International Nursing diagnosis: definition & classification 2009-2011. First edition*. (H. T.H, Ed.) (First edit). USA: Blackwell Publishing. NANDA International.
- NANDA International. (2014). *NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions & Classification 2015-2017*. (S. Herdman, T.H. and Kamitsuru, Ed.) (Tenth edit). Oxford: WILEY Blackwell.
- NANDA International. (2018). *Nursing Diagnosis: Definitions and Classification 2018-2020*. (S. Herdman, T.H, Kamitsuru, Ed.) (Eleventh E). New York USA: Thieme.
- NCSS. Care and discharge planning: A guide for service providers, Pub. L. No. Serial National Council of Social Service. (2006). Singapore.
- Nirmalasari, N. (2017). Deep Breathing Exercise dan Active Range of Motion Efektif Menurunkan Dispnea pada Pasien Congestive Heart Failure. *Nurseline Journal*, 2(2), 159–165.
- Nosbusch, J.M., Weiss, M.E., & Bobay, K. L. (2011). An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *Journal of Clinical Nursing Wiley-Blackwell, Volume 20*, (March 2011), 754-774(21).
- Nugroho, W. (2000). *Keperawatan Gerontik* (Edisi 2). Jakarta: EGC.
- Nurfataro. (2013). *Gambaran Pengetahuan Sikap Dan Motivasi Perawat Dalam Pelaksanaan Discharge Planning Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Jati Kota Cirebon*.
- Nursalam. (2001). *Proses dan dokumentasi keperawatan: konsep dan praktik* (Edisi Pert). Jakarta: Salemba Medika.
- Owyong, P. (2010). Role of a nurse in discharge planning. Retrieved March 11, 2011, from [http://www.ehow.com/about\\_6367124\\_role-nurse-discharge-planning.html#ixzz1H14p8zop](http://www.ehow.com/about_6367124_role-nurse-discharge-planning.html#ixzz1H14p8zop)
- Palmer, S. (2011). *Konseling dan Psikoterapi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Pemila U. (2009). Konsep discharge planning. Retrieved March 11, 2011, from [http://www.fik.ui.ac.id/pkko/files/ KONSEP DISCHARGE PLANNING.doc](http://www.fik.ui.ac.id/pkko/files/KONSEP%20DISCHARGE%20PLANNING.doc).
- Poglitsch, L.A., Emery, M., & Darragh, A. (2011). A qualitative study of the determinants of successful discharge for older adult inpatients. *Journal of American Physical Therapy Association*.
- Policy:N-55, N. (2010). Plan of care – the nursing process. Retrieved from [http://www.sh.lsuhs.edu/policies/policy\\_manuals\\_via\\_ms\\_word/Nursing/N-55.pdf](http://www.sh.lsuhs.edu/policies/policy_manuals_via_ms_word/Nursing/N-55.pdf).
- Potter, P.A. & Perry, A. G. (2005a). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses dan praktik*. (M. E. Yasmin Asih, Devi Yulianti, Ed.) (Edisi 4). Jakarta: EGC.
- Potter, P.A. & Perry, A. G. (2005b). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses dan praktik*. (M. E. Devi Yulianti, Ed.) (Edisi 4). Jakarta: EGC.
- PPNI, T. P. S. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat - Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Quality A for HR and. IDEAL Discharge Planning Overview, Process and Checklist. US Dep Heal Hum Serv white house. (2013).

- Rahmadiana, M. (2012). Komunikasi Kesehatan : Sebuah Tinjauan. *Jurnal Psikogenesis*, 1(1), 88–94.
- Ramadhani, N. (2012). Pelatihan Keterampilan Sosial Untuk Terapi Kesulitan Bergaul. *Jurnal Psikologi*.
- Rifkin, S., & Pridmor, P. (2001). *Partners in Planning*. MacMillan Education, London and Oxford.
- Ritonga, E. P. (2017). Gambaran Status Gizi pada pasien stroke pasca rawat inap di R.A. IV Neurologi RSUP.H. Adam Malik Medan. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 3(1), 248–251.
- Roberts, A., & Greene, G. (2009). *Buku Pintar Pekerja Sosial*. Jakarta: Gunung Mulia.
- Sainio, C., Eriksson, E., & Lauri, S. (2001). Patient participation in decision making about care - The cancer patient's point of view. *Cancer Nursing*. *Cancer Nursing*, 24(3), 172–179.
- Seaback, W. W., Gleason, M., & Pendleton, J. (2006). *Nursing Process: Concepts and Application* (Second Edi). Canada: Thomson Delmar Learning.
- Shelby, Q. W. (2010). Definition of discharge planning. Retrieved March 11, 2011, from [http://www.ehow.com/about\\_6681654\\_definition-discharge-planning.html#ixzz1H1](http://www.ehow.com/about_6681654_definition-discharge-planning.html#ixzz1H1)
- Shepperd S, Na L, L. C., & McCluskey A, Id C, S. B. (2013). *Discharge planning from hospital to home ( Review )*.
- Societies For Inpatient Care, J. B. D. (2015). *Discharge planning for adult inpatients with diabetes*.
- Society, B. C. S. (2007). Hospital discharge planning checklist.
- Sue Moorhead, Marion Johnson, Merdean L.Maas, E. S. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. (R. D. T. Intansari Nurjannah, Ed.) (5th ed.). Elsevier Inc.
- Suhartini, Anggorowati & Katili, M. I. (2003). *Analisis penerapan standar asuhan keperawatan di Rumah Sakit Kota Semarang*. Semarang.
- Suratun, Heryati, S, M., & Raenah. (2008). *Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC. Jakarta: EGC.
- Suryaningrum, C. (2013). Cognitive Behavior Therapy (CBT) Untuk Mengatasi Obsesif Kompulsif. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 2(4).
- Swansburg, R. C. (2000). *Pengantar kepemimpinan dan manajemen keperawatan*. (M. Ester, Ed.). Jakarta: EGC.
- Tomura, H., Yamamoto, M.N., Nagata, Murashima, S., & Suzuki, S. (2011). Creating an agreed discharge: discharge planning for clients with high care needs. *J Clin Nurs. PubMed.*, 20, 3–4. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03556.x>.
- Veterans, D. of. (2005). *Discharge planning resource kit* (Revision E). Australia: Departement of Veterans' Affairs. Australian Government.
- Wang, E. A., White, M. C., Jamison, R., Goldenson, J., & Estes, M. (2008). Discharge Planning and Continuity of Health Care: Findings From the San Francisco County Jail. *American Journal of Public Health*, 98(12), 2182–2184.
- WHO. (2005). *Pedoman perawatan pasien*. (N. B. S. Esty Wahyuningsih, Ed.) (Edisi pert). Jakarta: EGC.

## BIOGRAFI



Muhamad Rofi'i adalah Dosen di Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. Lahir di Kab. Semarang, 25 Juni 1976. Riwayat pendidikannya adalah Akademi Keperawatan Kesdam IV/Diponegoro Semarang lulus tahun 1998, S1 Keperawatan FK Undip lulus tahun 2002, Program Profesi Ners Departemen Ilmu Keperawatan FK Undip lulus tahun 2003, Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun 2011. Riwayat Pekerjaan adalah Staf Akper Kesdam IV/Diponegoro Semarang (1998-2003) dan Dosen Departemen Ilmu Keperawatan FK Undip (2003-Sekarang). Buku yang pernah ditulis adalah Buku Kerja Ketrampilan Dasar Dalam Keperawatan (2008) dan Buku Ajar Ketrampilan Dasar Dalam Keperawatan (2015).