

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta yang berlokasi di kecamatan gamping, Kabupaten Sleman, Yogyakarta. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta di resmikan pada tanggal 15 Februari 2009, rumah sakit ini merupakan pengembangan dari Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta yang berlokasi di jalan K.H Ahmad Dahlan No. 20 Yogyakarta. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta adalah salah satu rumah sakit swasta di Yogyakarta yang merupakan amal usaha Pimpinan Pusat Penyerikatan Muhammadiyah, selain memberikan pelayanan kesehatan juga digunakan sebagai tempat pendidikan bagi dokter dan perawat.

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta menyediakan berbagai macam jenis pelayanan salah satu pelayanan yang ditawarkan adalah ruang rawat inap. Ruang rawat yang terdapat di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta memiliki berbagai macam kelas sesuai dengan kebutuhan dan biaya yang dimiliki pasien, ruang perawatan

kelas I, ruang perawatan kelas II dan ruang perawatan kelas III. Ruang rawat inap yang terdapat di PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta yaitu bangsal Al Kautsar, Wardah, Naim, Zaitun, dan Ar-Royan. Peneliti melakukan penelitian di semua bangsal yang berada di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta karena di PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta pasien pascaoperasi tidak ditempatkan di satu bangsal melainkan di semua bangsal.

Perawat yang bekerja di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta sebanyak 95 perawat yang terdiri dari 20 perawat S1 dan 75 perawat DIII, lebih banyak dua kali dari jumlah dokter, di mana jumlah dokter spesialis dan dokter umum sebanyak 41 orang. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta dalam pelaksanaan pemulangan pasien memiliki panduan rencana pemulangan pasien.

Tatalaksana asesmen awal dilakukan saat pasien masuk rumah sakit yang dimulai dari mengidentifikasi, perisapan, dan rancangan *discharge planning* sampai dengan memverifikasi availabilitas tempat perawatan pasien setelah pulang dari rumah sakit selanjutnya pada saat pasien di ruang rawat inap perawat akan menetapkan prioritas mengenai hal-hal yang dibutuhkan oleh pasien dan keluarga selama perawatan dan memberikan pendidikan kesehatan dan pada saat pasien akan dipulangkan dari rumah sakit pasien telah dilakukan penilaian secara menyeluruh hingga menentukan tempat perawatan selanjutnya setelah pasien dipulangkan dari rumah sakit.

B. Hasil Penelitian

1. Gambaran pelaksanaan *Discharge Planning*

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan *Discharge Planning Assesment* awal di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta, April-Mei 2016 (n=30)

| <i>Assesment</i> awal saat pasien masuk rumah sakit | frekuensi | Prosentase (%) |
|--|-----------|-------------------|
| Dilakukan | 7 | 23,34 |
| Tidak dilakukan | 23 | 76,66 |
| Total | 30 | 100 |

Berdasarkan Tabel 4.1 diketahui bahwa aspek pelaksanaan *discharge Planning* pada tahap tindakan *assesment* awal saat pasien masuk rumah sakit dilakukan sebanyak 23,34% dan yang tidak dilakukan sebanyak 76,66%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan *discharge Planning* pada tahap tindakan *assesment* awal tidak dilakukan secara optimal.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan *Discharge Planning* Saat di Ruang Rawat di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta, April-Mei 2016 (n=30)

| Saat di Ruang Rawat | frekuensi | Prosentase (%) |
|------------------------|-----------|-------------------|
| Dilakukan | 5 | 16,66 |
| Tidak Dilakukan | 25 | 83,34 |
| Total | 30 | 100 |

Berdasarkan Tabel 4.2 diketahui bahwa aspek pelaksanaan *discharge Planning* pada tahap saat di rawat inap dilakukan sebanyak 16,66% dan yang tidak dilakukan sebanyak 83,34%. Sehingga dapat disimpulkan pelaksanaan *discharge Planning* pada tahap saat di rawat inap tidak dilakukan secara optimal.

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan *Discharge Planning* tahap persiapan hari pemulangan di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta, April-Mei 2016 (n=30)

| Persiapan Hari Pemulangan | frekuensi | Prosentase (%) |
|----------------------------------|------------------|-----------------------|
| Dilakukan | 12 | 40 |
| Tidak Dilakukan | 18 | 60 |
| Total | 30 | 100 |

Berdasarkan Tabel 4.3 diketahui bahwa aspek pelaksanaan *discharge Planning* pada tahap persiapan hari pemulangan pasien dilakukan sebanyak 40% dan tindakan yang tidak dilakukan sebanyak 60%. Sehingga dapat disimpulkan pelaksanaan *discharge Planning* pada tahap persiapan hari pemulangan pasien tidak dilakukan secara optimal.

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Hasil akhir pelaksanaan *discharge planning* pasien pascaoperasi apendiktomi di PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta, April-Mei 2016 (n=30)

| Subvariabel | frekuensi | Prosentase (%) | total |
|----------------------|------------------|-----------------------|--------------|
| Tidak Optimal | 30 | 100 | 30 |

Berdasarkan dari beberapa tabel diatas pelaksanaan discharge planning pada pasien pascaoperasi apendiktomi masih kurang optimal dikarenakan beberapa dari item tindakan *discharge planning* masih belum dilakukan secara maksimal.

C. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pelaksanaan *discharge planning* yaitu *assesment* awal saat pasien masuk rumah sakit yang mencakup asuhan keperawatan dan pengkajian kebutuhan pasien tidak dilakukan sebanyak 76,66%, pelaksanaannya masih sering diabaikan atau jarang dilakukan karena perawat hanya melakukan pada tahap-tahap yang penting saja. Dalam proses discharge planning pengkajian awal sangat penting untuk mendukung pengambilan keputusan intervensi yang dibutuhkan pasien secepat mungkin, kategori masalah yang harus dilaporkan terutama mobilitas, kegiatan rumah tangga, dan perawatan mandiri yang konsisten setelah rawat inap dan pasien yang dirujuk ke pelayanan kesehatan disekitar rumah.

Mengidentifikasi pasien sejak awal dengan banyak masalah akan memudahkan rumah sakit memaksimalkan waktu yang tersedia dalam melaksana *discharge planning* untuk mengidentifikasi sumber daya yang tersedia dan mampu memenuhi kebutuhan perawatan dan menjamin kelangsungan perawatan (Holland, 2013). Hal tersebut juga akan berpengaruh terhadap peningkatan jumlah resiko kekambuhan dan

kembalinya pasien kerumah sakit (Pemila, 2011). Menurut teori yang dikemukakan oleh Perry & Potter (2005), sejak pasien masuk harus mengkaji kebutuhan pemulangan pasien dengan menggunakan riwayat keperawatan, berdiskusi dengan pasien, pada pengkajian berkelanjutan terhadap kesehatan fisik pasien, status fungsional, system pendukung sosial, sumber-sumber *financial*, nilai kesehatan, latar belakang budaya dan etnis serta hambatan selama perawatan.

Berdasarkan tabel 4.1 gambaran pelaksanaan *discharge planning* pada *assesment* awal tindakan yang paling sering dilakukan adalah peninjauan ulang rekam medis pasien (anamnesis, hasil pemeriksaan fisik, diagnosis dan tata laksana). Hal tersebut merupakan hal penting sebagai data awal pasien ketika masuk kerumah sakit serta memudahkan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan pasien. Pada tahap pengkajian seperti kegiatan menilai ketergantungan klinis merupakan tahap pengkajian awal untuk melanjutkan tindakan keperawatan selanjutnya. Apabila tahap pengkajian ini tidak dilakukan secara keseluruhan, maka akan berdampak terhadap tindakan keperawatan selanjutnya, begitupun sebaliknya apabila dilakukan baik akan memudahkan dalam tahap kegiatan yang akan diberikan selanjutnya (Dedi, dkk, 2013)

Tindakan yang paling jarang dilakukan adalah mengidentifikasi pendamping utama, asesmen mengenai kondisi rumah atau tempat tinggal, asesmen mengenai kemampuan fungsional pasien saat ini misalnya fungsi

kognitif, mobilisasi juga jarang dilakukan sehingga pelaksanaan *discharge planning* untuk tahap awal masih kurang optimal. Sejalan dengan hasil penelitian penelitian yang dilakukan Shofiana (2014) perencanaan pulang sejak awal pasien masuk masih kadang-kadang atau sering dilakukan perawat. Hasil penelitian lain juga menunjukkan bahwa perencanaan pulang yang dilaksanakan perawat di RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung masih kurang optimal (Setyowati, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian pelaksanaan *discharge planning* Saat di Ruang Rawat masih banyak yang belum dilakukan. Pelaksanaan perencanaan pulang yang tampak kecil seperti menginformasikan mengenai pengaturan fisik di rumah, sumber pelayanan kesehatan di sekitar rumah, membantu klien saat meninggalkan rumah sakit dan mencatat keperluan pasien masih diabaikan oleh perawat.

Menurut Potter & Perry (2002) bahwa pada tahap perencanaan perawat harus mempersiapkan pasien atau keluarga untuk mampu menjelaskan bagaimana pelayanan kesehatan di rumah, pasien mampu mendemonstrasikan aktivitas perawatan diri (atau keluarga mampu melakukan perawatan), dan hambatan terhadap pergerakan pasien dan ambulasi telah diubah sesuai keadaan rumah sehingga tidak membahayakan pasien. Memberikan sumber-sumber dan informasi tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan. Selain itu penatalaksanaan penjelasan manfaat minum obat, efek samping yang timbul bila tidak minum obat sesuai aturan, waktu

pemberian obat dan pentingnya kontrol ulang setelah pulang dari rumah sakit.

Berdasarkan tabel 4.2 didapatkan hasil tindakan yang paling sering dilakukannya adalah menetapkan prioritas mengenai hal-hal yang dibutuhkan oleh pasien dan keluarga serta melakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan, syok, hipertermia, atau gangguan pernapasan sesuai dengan *clinical pathway*. *clinical pathway* merupakan suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit.

RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta memiliki standar *clinical pathway* pada pasien pascaoperasi antara lain mentoring tanda-tanda vital, mentoring bisung usus, mentoring luka pascaoperasi dan melakukan mobilisasi. Tindakan yang paling jarang dilakukan oleh perawat adalah melakukan mobilisasi pada hari pertama operasi. Berdasarkan dari *clinical pathway* yang dimiliki RS PKU Muhammadiyah Gamping pasien pascaoperasi harus dilakukan mobilisasi segera pada hari pertama post operasi yang berfungsi untuk mengurangi nyeri, mempertahankan fungsi tubuh dan memperlancar peredaran darah.

Memberikan leaflet, Leaflet adalah bentuk penyampaian informasi kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Leaflet edukasi kesehatan juga

tidak pernah dilakukan dikarenakan dari rumah sakit sendiri belum menyediakan leaflet untuk dibagikan. Leaflet penting bagi pasien dan keluarga ketika berada di rumah sebagai informasi, pencegahan, perawatan setelah berada di rumah.

Pemberian informasi nutrisi bagi keluarga dan pasien pascaoperasi sangat penting. Nutrisi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka pasien pascaoperasi maka dibutuhkan informasi yang tepat. Pengobatan melalui diet dan nutrisi pasca operasi sangat penting dalam kesuksesan operasi dan penyembuhan pasien. Nutrisi yang dibutuhkan adalah makanan yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan air yang cukup.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Meilany,*dkk*(2012) menyebutkan bahwa 55-60% kebutuhan kalori total tubuh berasal dari karbohidrat. Kepentingan karbohidrat untuk luka sebagai faktor struktural, lubrikan, fungsi *transport*, imunologi, hormonal dan enzimatik. Karbohidrat juga merupakan komponen utama glikoprotein dalam penyembuhan luka dan aktivitas enzim *heksokinase* dan sintesa sitrat dalam reaksi penyembuhan luka. Penyediaan energi dari karbohidrat juga dapat melalui penggunaan laktat. Laktat sebagai produk metabolik glukosa penting untuk efek penyembuhan luka. Laktat menstimuli sintesis kolagen dan aktivator penting pada jalur penyembuhan selain sebagai penyedia energi. Protein telah

diketahui diperlukan untuk penyembuhan luka dan apabila kekurangan maka akan menghambat penyembuhan baik luka akut maupun kronis.

Pemberian nomer telepon yang bisa dihubungi saat pasien membutuhkan bantuan perawat masih jarang dilakukan karena perawat hanya menganjurkan kembali kerumah sakit untuk kontrol tanpa memberikan nomor telepon yang bisa langsung dihubungi. Pelaksanaan yang kurang optimal tersebut akan meningkatkan resiko jumlah pasien yang kembali ke rumah sakit dengan keluhan yang sama atau kekambuhan akan meningkat (Purnamasari, 2012).

Berdasarkan tabel 4.3 Pelaksanaan *discharge planning* pada tahap persiapan pada hari pemulangan sudah optimal karena semua tindakan *discharge planning* sudah dilakukan. Penelitian ini didukung oleh penelitian Purnamasari dan Repyanto (2012) menyatakan pada tahap perencanaan pulang pada hari pemulangan pasien di RSUD Tugurejo Semarang sudah baik karena tidak ada perawat yang tidak melakukan tindakan *discharge planning*. Penelitian yang dilakukan namun dari hasil obserbasi perawat melakukan semua tindakan *discharge planning* di akhir

Penelitian ini menunjukkan dari beberapa tahap *discharge planning* pelaksanaannya masih kurang optimalnya pelaksanaan perencanaan pulang (*discharge planning*) dikarenakan detail-detail kecil perencanaan pulang terkadang terabaikan oleh perawat. Selain itu hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti bahwa perawat melakukan semua tindakan *discharge*

planning baik dari *assessment* awal, selama di ruang rawat dan pada saat pemulangan hanya dilakukan pada saat pasien akan pulang ke rumahnya.

Kurang optimalnya pelaksanaan *discharge planning* dapat terjadi karena kurangnya motivasi kerja dan masih minimnya manajemen keperawatan di rumah sakit. Menurut Emery dan Darragh (2011) faktor yang mempengaruhi tidak optimalnya pelaksanaan *discharge planning* adalah personil pelaksanaan *discharge planning*, sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Rofii, 2013) terdapat hubungan antara personil *discharge planning* dengan pelaksanaan *discharge planning* karena tanggung jawab pada *discharge planning* di rumah sakit adalah tanggung jawab staff keperawatan dan bertanggung jawab untuk bekerja sama dengan pasien dan penyedia layanan kesehatan di masyarakat.

Selain itu faktor lain yang mempengaruhi *discharge planning* belum dilaksanakan secara optimal adalah motivasi kerja, manajemen keperawatan, dan beban kerja yang dilakukan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Riayanti, 2015) bahwa perawat membutuhkan motivasi kerja yang tinggi untuk mendukung kerja yang baik serta mempengaruhi kualitas kerja dan performa perawat. sehingga *discharge planning* tidak dilakukan kepada pasien dengan optimal.

Menurut Notoadmodjo (2003) faktor yang berasal dari perawat yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan adalah sikap, emosi, pengetahuan dan pengalaman masa lalu. Dimana sikap yang

baik akan mempengaruhi penyampaian informasi kepada pasien, pengendalian emosi juga mempengaruhi karena dengan pengendalian emosi yang baik baik akan mengarahkan perawat untuk lebih bersikap sabar, hati-hati dan telaten. Dengan demikian informasi yang disampaikan lebih mudah diterima pasien dan perawat harus memiliki pengetahuan yang baik juga akan mengarahkan perawat pada kegiatan pembelajaran pasien dengan memberikan informasi-informasi. Selain dari pada itu. Pengalaman masa lalu perawat berpengaruh terhadap gaya perawat dalam memberikan informasi sehingga informasi yang diberikan akan lebih terarah sesuai dengan kebutuhan pasien. Perawat juga lebih dapat membaca situasi pasien berdasarkan pengalaman yang mereka miliki.

D. Kekuatan dan Hambatan

1. Kekuatan penelitian
 - a. Belum ada penelitian mengenai pelaksanaan *discharge planning* pada pasien pascaoperasi apendiktomi.
 - b. Penelitian ini sangat menjaga kerahasiaan responden.
2. Kelemahan Penelitian
 - a. Penelitian ini hanya melihat gambaran pelaksanaan *discharge planning* pada pasien pascaoperasi apendiktomi tanpa melihat pengetahuan *discharge planning*.