

**PERBEDAAN KEPUASAN TERHADAP PERENCANAAN PULANG
ANTARA PASIEN ASMA YANG DIEDUKASI MENGGUNAKAN
MEDIA VIDEO DENGAN MEDIA LEAFLET
DI IGD RSUD KOTA MALANG**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan



oleh :

Suwoto

NIM : 185070209111022

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG**

2019

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**PERBEDAAN KEPUASAN TERHADAP PERENCANAAN PULANG
ANTARA PASIEN ASMA YANG DIEDUKASI MENGGUNAKAN
MEDIA VIDEO DENGAN MEDIA LEAFLET
DI IGD RSUD KOTA MALANG**

oleh :

Suwoto

NIM : 185070209111022

Telah diuji pada

Hari : Kamis

Tanggal : 12 Desember 2019

dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji-I

Ns. Tony Suharsono., S.Kep., M.Kep.
NIP. 198009022006041003

Pembimbing-I/Penguji-II

Dr. Kuswantoro Rusca P., S.Kp., M.Kep
NIP. 197905222005021005

Pembimbing-II/Penguji-III

Ns. Bintari Ratih K., S.Kep., M.Kep
NIK. 2013098604092001

Mengetahui,
Ketua Program Studi Keperawatan



Ns. Tony Suharsono., S.Kep., M.Kep.
NIP. 198009022006041003



PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Suwoto

NIM : 185070209111022

Program Studi : Program Studi Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil-alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 12 Desember 2019

Yang membuat pernyataan,



NIM. 185070209111022



PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir dengan judul

“Perbedaan Kepuasan Terhadap Perencanaan Pulang Antara Pasien Asma Yang Didedukasi Menggunakan Media Video Dengan Media Leaflet di IGD RSUD Kota Malang” tepat pada waktunya.

Dalam penyusunan tugas akhir ini penulis telah banyak mendapatkan bantuan moral maupun material dari berbagai pihak. Sehubungan dengan hal tersebut penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Dr. dr. Wisnu Barlianto, MSiMed, Sp. A (K). selaku Dekan FKUB yang telah memberikan ijin dalam melakukan proses penelitian.
2. Direktur RSUD Kota Malang yang telah memberikan izin pelaksanaan penelitian
3. Dr. Ahsan, S. Kep., M. Kep, selaku Ketua Jurusan Ilmu Keperawatan yang telah memberikan ijin dalam proses penelitian.
4. Ns. Toni Suharsono, S. Kep., M. Kep, selaku ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan FKUB yang telah membantu dalam penyelesaian segala urusan administrasi yang peneliti perlukan dalam penyusunan tugas akhir.
5. Dr. Kuswanto Rusca P., S.Kp., M.Kep Selaku pembimbing pertama yang dengan sabar memberikan arahan, masukan, dan bimbingan serta semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.

6. Ns. Bintari Ratih K., S.Kep., M.Kep Selaku pembimbing kedua yang dengan sabar memberikan arahan, masukan, dan bimbingan serta semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.

7. Ns. Niko Dima K., S. Kep., M. Kep,Sp. Kep. Kom, selaku koordinator Program Studi S1 Ilmu Keperawatan FKUB yang telah membantu dalam segala urusan administrasi yang peneliti perlukan dalam penyusunan tugas akhir.

8. Orang tua, istri, dan anak yang tanpa lelah memberikan doa, dorongan dan semangat sehingga penulis sanggup menyelesaikan tugas akhir ini.

9. Segenap dosen PSIK FKUB yang sudah memberikan dukungan, motivasi, semangat dan berbagai saran kepada penulis hingga terselesaikannya tugas akhir ini.

10. Teman-teman perawat RSUD Kota Malang yang telah membantu dalam proses pembuatan media edukasi dan pelaksanaan penelitian

11. Sahabat dan teman-teman kelas SAP 2018 serta semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dalam penyusunan tugas akhir ini.

Dalam penyusunan tugas akhir ini penulis menyadari masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat berharap kritik dan saran untuk memperbaiki yang sifatnya membangun. Akhirnya penulis berharap, semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Malang, Desember 2019

Penulis

ABSTRAK

Suwoto. 2019. **Perbedaan Kepuasan Terhadap Perencanaan Pulang Antara Pasien Asma Yang Diedukasi Menggunakan Media Video Dengan Media Leaflet di IGD RSUD Kota Malang.** Tugas Akhir, Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya Malang. Pembimbing: (1) Dr. Kuswanto Rusca P., S.Kep., M.Kep, (2) Ns. Bintari Ratih K., S.Kep., M.Kep.

Perencanaan pulang pasien asma merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mempersiapkan pasien dari perawatan di rumah sakit menuju perawatan di rumah atau komunitas dengan melibatkan pasien dan keluarga menjadi bagian penting dalam tim perawatan. Salah satu cara untuk mencapai hasil yang optimal adalah dengan edukasi tentang penyakit dan manajemen kesehatan. Media edukasi yang tepat sangat dibutuhkan untuk keberhasilan pendidikan kesehatan di IGD karena situasinya tidak dapat diprediksi yang salah satunya akan berdampak pada kepuasan pasien terhadap proses perencanaan pulang. Tujuan penelitian ini untuk mengeksplorasi kepuasan pasien asma terhadap perencanaan pulang dengan melibatkan kelompok perlakuan dan kontrol. Penelitian *quasi-eksperimental post test design* dilaksanakan di IGD RSUD Kota Malang. Sample ditentukan dengan *quota sampling*, kemudian dibagi dalam kelompok video (n=14) dan leaflet (n=12). Variabel yang diukur adalah kepuasan pasien asma terhadap perencanaan pulang menggunakan *care transition measure* 24 jam setelah pasien pulang. Rerata kepuasan secara umum kelompok video adalah 70,21 sedangkan kelompok leaflet 57,42 dengan perbedaan rerata sebesar 12,79 ($p = 0,00$). Rerata kepuasan dalam keterlibatan pasien dan keluarga 14,29 dan 11,50 ($p = 0,02$), pemenuhan pemahaman tentang penyakit dan manajemen asma 38,07 dan 31,00 ($p = 0,00$), pemenuhan informasi kontrol 4,21 dan 3,75 ($p = 0,143$), pemahaman tentang pengobatan dan efek samping obat 13,64 dan 11,74 ($p = 0,00$). Kesimpulan penelitian terdapat perbedaan signifikan kepuasan terhadap perencanaan pulang antara pasien asma yang diedukasi menggunakan media video dengan yang menggunakan leaflet. Saran bagi petugas kesehatan adalah mengoptimalkan penggunaan video dalam edukasi asma dan dilakukan penelitian pengaruh edukasi terhadap kekambuhan asma.

Kata Kunci: kepuasan, pasien asma, perencanaan pulang, igd, video.

ABSTRACT

Suwoto 2019. **Difference in Satisfaction of Discharge Planning Between Asthma Patients Educated Using Video Media With Leaflet Media at Emergency Department of Malang City Hospital** Final Project, Nursing Science Study Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University Malang. Supervisor: (1) Dr. Kuswanto Rusca P., S.Kep., M.Kep, (2) Ns. Bintari Ratih K., S.Kep., M.Kep.

Asthma patient discharge planning is a series of activities carried out to prepare patients from hospital treatment to care at home or community by involving patients and families as important part of the care team. One way to achieve optimal results is by education about diseases and health management. Appropriate educational media is needed for the success of health education in the emergency room because the situation is unpredictable, one of which will have an impact on patient satisfaction with the discharge planning process. The purpose of this study was to explore asthma patient satisfaction with discharge planning by involving treatment and control groups. The quasi-experimental research post test design was conducted at the emergency department of Malang City Hospital. Samples were determined by quota sampling, then divided into video groups ($n = 14$) and leaflets ($n = 12$). The variable measured was asthma patient satisfaction with discharge planning using the care transition measurement 24 hours after the patient left. The average satisfaction of the video group was 70.21 while the leaflet group was 57.42 with a mean difference of 12.79 ($p = 0.00$). Average satisfaction in patient and family involvement 14.29 and 11.50 ($p = 0.02$), fulfillment of understanding about illness and asthma management 38.07 and 31.00 ($p = 0.00$), fulfillment of control information 4.21 and 3.75 ($p = 0.143$), understanding of medication and drug side effects 13.64 and 11.74 ($p = 0.00$). The conclusion of the study there is a significant difference in satisfaction with discharge planning between asthma patients who were educated using video media and those using leaflets. Suggestions for health workers are to optimize the use of video in asthma education and research the effect of education on asthma recurrence.

Keywords: satisfaction, asthma patients, discharge planning, Emergency Department, video.

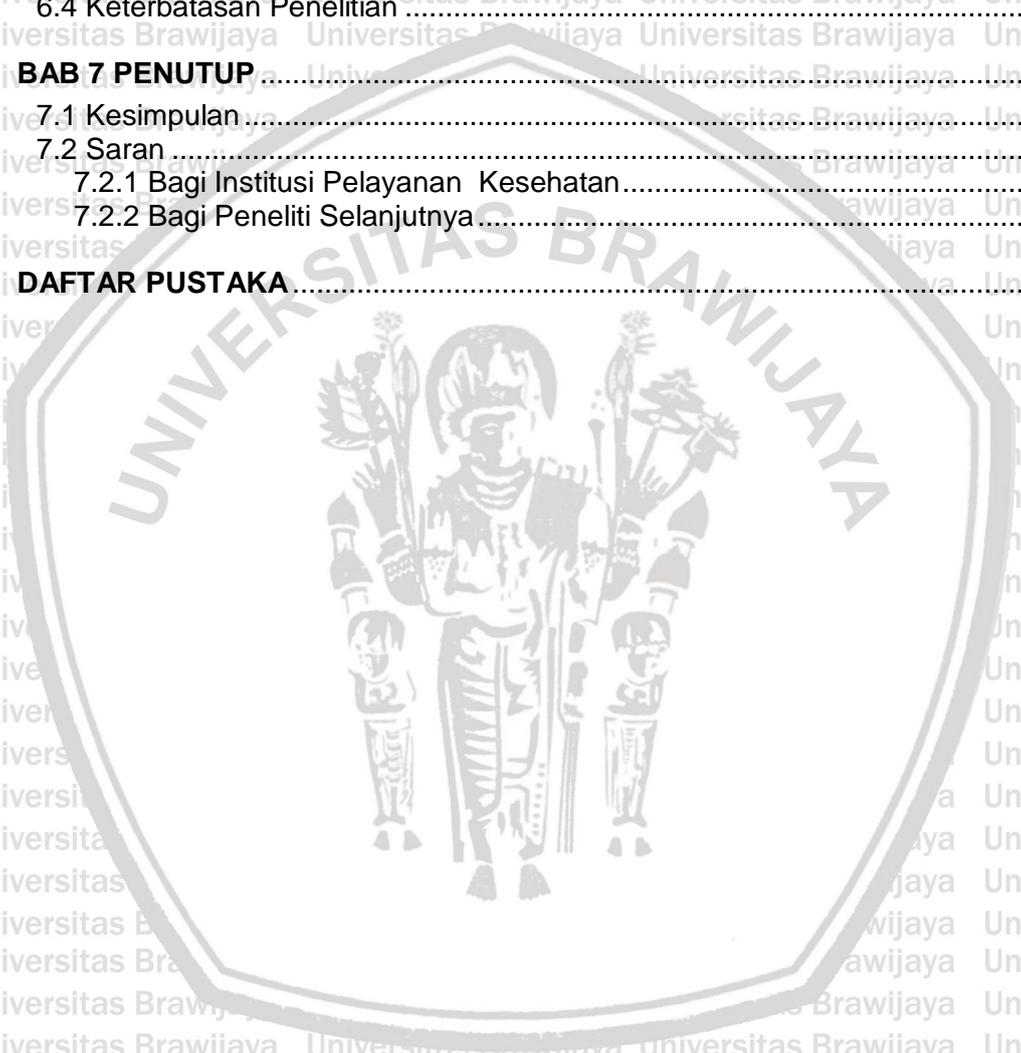
DAFTAR HALAMAN

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Halaman Judul Dalam..... | i |
| Halaman Pengesahan | ii |
| Pernyataan Keaslian Tulisan | iii |
| Kata Pengantar..... | iv |
| Abstrak | vi |
| Abstract | vii |
| Daftar Halaman | viii |
| Daftar Tabel..... | xi |
| Daftar Gambar | xii |
| Daftar Lampiran | xiii |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah..... | 5 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 5 |
| 1.3.1 Tujuan Umum | 5 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | 6 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 6 |
| 1.4.1 Manfaat Teoritis | 6 |
| 1.4.2 Manfaat Praktis | 6 |
| BAB 2 TINJAUAN TEORI | 8 |
| 2.1 Asma..... | 8 |
| 2.1.1 Pengertian..... | 8 |
| 2.1.2 Etiologi | 9 |
| 2.1.3 Tanda dan Gejala | 11 |
| 2.1.4 Klasifikasi Asma | 11 |
| 2.1.5 Patofisiologi Asma | 14 |
| 2.1.6 Dampak Asma yang Tidak Terkontrol | 15 |
| 2.1.7 Penatalaksanaan Asma | 16 |
| 2.1.8 Penggunaan Obat dalam Manajemen Asma | 21 |
| 2.1.9 Rencana Tindakan Tertulis pada Asma (<i>Written Asthma Action Plan</i>)..... | 23 |
| 2.2 Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>) dalam Manajemen Asma | 25 |
| 2.2.1 Pengertian Perencanaan Pulang | 25 |
| 2.2.2 Tujuan Perencanaan Pulang | 26 |
| 2.2.3 Prinsip Perencanaan Pulang | 26 |
| 2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Perencanaan Pulang | 28 |
| 2.2.5 Prosedur Perencanaan Pulang | 31 |
| 2.2.6 Tugas Perawat dalam Perencanaan Pulang..... | 32 |
| 2.2.7 Media Komunikasi dalam Perencanaan Pulang | 32 |
| 2.2.8 Perencanaan Pulang Pasien Asma di Instalasi Gawat Darurat | 36 |
| 2.2.9 <i>Transision of Care</i> (Transisi Perawatan)..... | 39 |
| 2.2.9.1 <i>Transision Care Measure</i> (Transisi Perawatan) | 41 |
| 2.2.9.2 <i>IDEAL Discharge Planning</i> untuk Meningkatkan Transisi Perawatan Pasien Asma dari Rumah Sakit ke Rumah | 44 |
| 2.3 Kepuasan Pasien Asma di Instalasi Gawat Darurat..... | 48 |
| 2.3.1 Pengertian..... | 48 |
| 2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien..... | 49 |



| | | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.3.3 | Manfaat Pengukuran Kepuasan Pasien..... | 50 |
| 2.3.4 | Teori Kepuasan pelanggan | 51 |
| 2.3.5 | Pengukuran Kepuasan pelanggan | 53 |
| 2.3.6 | Penilaian Kepuasan Pasien Pasien Asma Terhadap Perencanaan Pulang..... | 54 |
| BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN | | 56 |
| 3.1 | Kerangka Konsep | 56 |
| 3.2 | Hipotesis Penelitian | 57 |
| BAB 4 METODE PENELITIAN | | 58 |
| 4.1 | Rancangan penelitian | 58 |
| 4.2 | Populasi dan Sample Penelitian | 58 |
| 4.2.1 | Populasi | 58 |
| 4.2.2 | Sampel | 59 |
| 4.3 | Teknik Sampling dan Besar Sampel | 59 |
| 4.4 | Variabel Penelitian..... | 60 |
| 4.4.1 | Variabel Bebas (<i>Independent</i>)..... | 60 |
| 4.4.2 | Variabel Terikat (<i>Dependent</i>) | 60 |
| 4.5 | Lokasi dan Waktu Penelitian | 61 |
| 4.6 | Instrument Penelitian..... | 61 |
| 4.7 | Uji Validitas dan Reliabilitas | 61 |
| 4.8 | Definisi Operasional | 64 |
| 4.9 | Prosedur Pengumpulan Data..... | 66 |
| 4.9.1 | Sumber Data | 66 |
| 4.9.2 | Teknik Pengumpulan Data | 66 |
| 4.10 | Pengelolaan Data | 70 |
| 4.10.1 | Pre Analisis (<i>Editing, Coding, Scoring, Tabulating</i>)..... | 70 |
| 4.10.2 | Analisis Data | 70 |
| 4.11 | Etika Penelitian | 71 |
| 4.11.1 | Menghormati Harkat dan Martabat (<i>Respect to Human and Dignity</i>)..... | 72 |
| 4.11.2 | Prinsip Berbuat Baik (<i>Beneficience</i>)..... | 72 |
| 4.11.3 | Prinsip Tidak Merugikan (<i>Non-maleficience</i>) | 72 |
| 4.11.4 | Prinsip Keadilan (<i>Justice</i>)..... | 73 |
| BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA..... | | 74 |
| 5.1 | Karakteristik Respoden | 74 |
| 5.2 | Nilai Kepuasan Pasien terhadap Perencanaan Pulang..... | 76 |
| 5.3 | Uji Beda Kepuasan Pasien Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol ... | 77 |
| BAB 6 PEMBAHASAN | | 80 |
| 6.1 | Kepuasan Terhadap Perencanaan Pulang Secara Umum | 80 |
| 6.1.1 | Kepuasan Pasien Asma Yang Dilakukan Perencanaan Pulang Menggunakan Media Video..... | 81 |
| 6.1.2 | Kepuasan Pasien Asma Yang Dilakukan Perencanaan Pulang Menggunakan Media Leaflet..... | 82 |
| 6.1.3 | Perbedaan Kepuasan Antara Pasien Asma Yang Dilakukan Perencanaan Pulang Menggunakan Media Video dengan Yang Diberikan Edukasi Menggunakan Media Leaflet | 83 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6.2 Kepuasan Pasien Asma Dalam Setiap Dimensi <i>Care Transition Measure</i> | 84 |
| 6.2.1 Kepuasan Dilibatkan Dalam Perawatan | 84 |
| 6.2.2 Pemenuhan Informasi Tentang Penyakit dan Managemen Asma | 87 |
| 6.2.3 Pemenuhan Informasi Tentang Kontrol | 88 |
| 6.2.4 Pemenuhan Informasi tentang Pengobatan dan Efek Samping Obat | 89 |
| 6.3 Implikasi Penelitian | 91 |
| 6.3.1 Institusi Pendidikan | 91 |
| 6.3.2 Bagi Pelayanan Keperawatan | 91 |
| 6.4 Keterbatasan Penelitian | 91 |
| BAB 7 PENUTUP | 93 |
| 7.1 Kesimpulan | 93 |
| 7.2 Saran | 93 |
| 7.2.1 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan | 93 |
| 7.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya | 94 |
| DAFTAR PUSTAKA | 95 |



DAFTAR TABEL

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabel 2.1 Klasifikasi Asma Berdasarkan Gambaran Klinis Pada Orang Dewasa..... | 13 |
| Tabel 2.2 Klasifikasi Asma Berdasarkan Berat Serangan..... | 14 |
| Tabel 2.3 Tingkatan Asma Terkontrol..... | 21 |
| Tabel 2.4 Pelangi Asma..... | 24 |
| Tabel 4.1 Rancangan Penelitian..... | 58 |
| Tabel 4.2 Hasil Uji Validitas..... | 62 |
| Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur (tahun)..... | 74 |
| Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, dan Jenis Kunjungan..... | 75 |
| Tabel 5.3 Uji Normalitas Distribusi Data..... | 76 |
| Tabel 5.4 Nilai Kepuasan Pasien Asma..... | 77 |
| Tabel 5.5 Hasil <i>Independent T Test</i> Kepuasan Pasien Asma Terhadap Perencanaan Pulang..... | 78 |



DAFTAR GAMBAR

Diagram 4.1 Teknik Pengumpulan Data..... 69



DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Lampiran 1. Jadwal Bimbingan dan Penelitian | 99 |
| Lampiran 2. Penjelasan Mengikuti Penelitian..... | 100 |
| Lampiran 3. Persetujuan partisipasi (<i>Informed Consent</i>)..... | 103 |
| Lampiran 4. Kuesioner Penelitian Kepuasan Pasien Terhadap Perencanaan Pulang (<i>Care Transitions Measure-15</i>)..... | 104 |
| Lampiran 5. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas | 106 |
| Lampiran 6. Hasil Tabulasi Data Penelitian | 107 |
| Lampiran 7. Analisis Data Penelitian..... | 109 |
| Lampiran 8. Surat Permohonan Izin Penelitian..... | 117 |
| Lampiran 9. Surat Persetujuan Izin Penelitian..... | 118 |
| Lampiran 10. Surat Keterangan Laik Etik..... | 119 |
| Lampiran 11. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian..... | 120 |
| Lampiran 12. Surat Keterangan Bebas Plagiasi | 121 |
| Lampiran 13. SAP Perencanaan Pulang Dengan Media Leaflet..... | 122 |
| Lampiran 14. SAP Perencanaan Pulang Dengan Media Video | 126 |
| Lampiran 15. Dokumentasi Penelitian..... | 130 |
| Lampiran 16. Curriculum Vitae Peneliti | 131 |
| Lampiran 17. Lembar Konsultasi..... | 133 |



BAB 1**PENDAHULUAN****1.1 Latar Belakang**

Asma merupakan penyakit yang ditandai adanya peradangan kronik pada saluran napas, hipereaktifitas bronkus, sumbatan jalan nafas yang reversibel dengan riwayat gejala pernapasan seperti mengi, batuk, dan sesak nafas (Bayes & Thomson, 2016; Muhrer, 2018). Kejadian asma di dunia menurut WHO dan *Global Inisiatif For Asthma (GINA)* tahun 2011 sebesar 300 juta dan diperkirakan akan meningkat menjadi 400 juta penderita pada tahun 2025. Asma terjadi pada 5,4 juta penduduk Britania Raya dengan penderita terbesar pada usia dewasa yaitu 79,6% (4,3 juta penduduk). Tahun 2016 tercatat kematian akibat asma mencapai 1.401 penderita dan 185 penduduk masuk rumah sakit setiap hari karena asma (*Asthma UK, 2019*). Prevalensi asma di Indonesia sebesar 2,4% dengan angka kekambuhan 57,5% dan penderita terbanyak pada usia di atas 14 tahun (Riskesdas, 2018). Prevalensi asma di Jawa Timur di atas rata-rata Indonesia sebesar 2,6% dengan angka kekambuhan sebesar 58,7 %.

Kekambuhan asma disebabkan oleh management pengobatan yang tidak tepat, perilaku yang jelek, faktor sosial, dan kontrol yang kurang terhadap penyakit yang mendasari asma (Bayes & Thomson, 2016). Penelitian di Rumah Sakit Umum Padang tahun 2013 menunjukkan pada 44 penderita anak yang menjalani rawat terbanyak disebabkan faktor perubahan cuaca dan debu (Usman, Chundrayetti, & Khairsyaf, 2015). Penelitian oleh Oemiati yang dipublikasi dalam media litbangkes tahun 2010 menunjukkan

banyaknya faktor yang berhubungan dengan kejadian asma diantaranya usia, pendidikan, perilaku, dan keadan lingkungan (Oemiati, Sihombing, & Qomariah, 2010). Beberapa penelitian di atas menunjukkan bahwa kekambuhan asma dipengaruhi oleh banyaknya faktor pencetus dan kemampuan pasien untuk mengendalikannya.

Pasien asma yang tidak mampu mengendalikan faktor pencetus dapat mengalami kegawatdaruratan yang mengancam nyawa dan memerlukan perawatan intensive di Instalasi Gawat Darurat (Camargo, Rachelefsky, & Schatz, 2009). Terapi awal pada asma berat yang biasa diberikan di Instalasi Gawat Darurat adalah pemberian oksigen, inhalasi β 2-agonists, dan kortikosteroid sistemik dengan frekuensi pemberian tergantung pada derajat keparahan yang ada. Pasien yang tidak menunjukkan respon terhadap terapi awal dengan 3 kali pemberian terapi dan evaluasi selama 90 menit mengindikasikan perlunya perawatan di rumah sakit. Pasien yang berespon cepat dan baik dalam penanganan di Instalasi Gawat Darurat dilakukan observasi, setelah 90 menit dilakukan evaluasi, apabila tidak ada keluhan dan hasil pemeriksaan dalam batas normal pasien dapat dipulangkan (Camargo *et al.*, 2009).

Pasien yang akan dipulangkan dari Instalasi Gawat Darurat harus diberikan perencanaan pulang yang berisi tentang pendidikan kepada pasien bagaimana mengenali tanda dan gejala, pengobatan, waktu kontrol, dan kapan harus mencari pertolongan ke Instalasi Gawat Darurat (Camargo *et al.*, 2009).

Pendidikan kesehatan diberikan dalam bentuk komunikasi lisan serta perencanaan tertulis yang mudah dibaca oleh pasien dan membantu dalam pengelolaan asma jangka panjang. Kusumaningrum (2012) menyimpulkan dari

berbagai artikel ilmiah dan situs resmi Depkes bahwa pengetahuan yang dimiliki pasien dan adanya panduan tertulis untuk mengelola penyakit asma berakibat pada kemampuan manajemen dan penurunan kejadian kekambuhan. Penelitian yang dilakukan di Surakarta menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan dan perencanaan tindakan tertulis pada pasien asma terbukti meningkatkan kemampuan dalam pencegahan kekambuhan (Muharrom, 2018). Penelitian ini menunjukkan bahwa perencanaan pulang yang efektif sangat penting untuk membantu pasien dalam pengelolaan asma, mencegah kekambuhan, dan mengurangi kunjungan ulang ke Instalasi Gawat Darurat.

Perencanaan pulang adalah kegiatan multidisiplin yang melibatkan banyak pemberi pelayanan kesehatan untuk mengkaji, menganalisa kebutuhan klien, menentukan rencana dan evaluasi yang akan menjadi sarana komunikasi antara rumah sakit, pelayanan di komunitas, dan pemberi asuhan (*care giver*) (Lin *et al.*, 2012). Komunikasi yang efektif tentang informasi pelayanan kesehatan sangat penting untuk meningkatkan keamanan pasien, pengertian, kepatuhan, dan kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat (Stevens *et al.*, 2019). Hal ini menunjukkan bahwa perencanaan pulang harus menerapkan komunikasi yang efektif dan melibatkan banyak pihak yang terkait termasuk pasien dan keluarga.

Penelitian di beberapa rumah sakit di Tasmania menunjukkan bahwa perencanaan pulang di Instalasi Gawat Darurat telah bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit dan pengobatan, meningkatkan kepercayaan diri pasien saat akan meninggalkan rumah sakit, dan meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit (Stevens, 2019). Penelitian tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pasien yang puas dengan perencanaan pulang di Instalasi Gawat Darurat mempunyai kepercayaan diri

yang tinggi saat pulang, memahami informasi yang disampaikan tentang rencana tindak lanjut dan rujukan, merasa lebih aman karena mengetahui prediksi yang tentang penyakitnya. Penelitian lain di RS Ternate menunjukkan data bahwa 98% pasien yang puas dengan komunikasi terapeutik di Instalasi Gawat Darurat menyatakan puas terhadap pelayanan yang diterima. Penelitian di atas membuktikan bahwa perencanaan pulang akan berdampak pada kepuasan pasien dan keluarga terhadap pelayanan di Instalasi Gawat Darurat (Aswad, Mulyadi, & Lolong, 2015).

Perencanaan pulang telah mengalami banyak perubahan dan perkembangan sesuai dengan kemajuan teknologi dan tuntutan dari pasien. Kemudahan dalam mencari informasi kesehatan tentang asma dibuktikan dengan banyaknya media online dan aplikasi berbasis android yang disediakan oleh penyedia layanan digital. Penelitian yang dilakukan tahun 2017 menunjukkan tingginya penggunaan aplikasi digital yang unduh oleh pengguna telepon pintar (Malik, Shakshuki, & Katuku, 2017). Penelitian di London menunjukkan bahwa penggunaan video dalam perencanaan pulang Instalasi Gawat Darurat lebih efektif untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit dan intervensinya dibandingkan instruksi standar dengan lisan dan tulisan, tetapi untuk persepsi tentang manfaat yang dirasakan dari penggunaan kedua media pada kasus pernafasan relative sama. Responden tidak lebih tertarik terhadap penggunaan video dari pada media lisan seperti publikasi yang telah ada sebelumnya (Wood *et al.*, 2017).

Studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Kota Malang menunjukkan data kunjungan pasien Instalasi Gawat Darurat tahun 2018 berdasarkan laporan rekam medis berjumlah 7701 pasien, mengalami peningkatan sebesar 36% dari

tahun 2017 (5657 pasien). Kasus asma pada bulan Oktober sampai Desember 2018 berjumlah 56 orang, lebih banyak dari jumlah pasien hipertensi (34) dan diabetes militus (30). Wawancara dengan kepala ruang di peroleh keterangan pasien yang akan pulang diberikan edukasi secara lisan oleh dokter tentang penyakit yang diderita serta pengobatan yang diberikan yang dilakukan didekat tempat tidur pasien atau meja perawat tergantung situasi Instalasi Gawat Darurat pada saat pasien dinyatakan boleh pulang. Perawat melakukan komunikasi secara lisan tentang perawatan yang telah dilakukan, memberikan surat kontrol, leaflet yang diperlukan, dan menjelaskan waktu kontrol serta hal-hal lain yang ditanyakan oleh pasien dan keluarga.

Hasil beberapa penelitian di atas dan studi pendahuluan mendasari peneliti untuk mengetahui perbedaan kepuasan terhadap perencanaan pulang antara pasien yang diedukasi menggunakan media video dengan yang menggunakan media leaflet di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Kota Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada perbedaan kepuasan terhadap perencanaan pulang antara pasien asma yang diedukasi menggunakan media video dengan yang diedukasi menggunakan media leaflet di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui perbedaan kepuasan terhadap perencanaan pulang antara pasien asma yang diedukasi menggunakan media video dengan yang diedukasi menggunakan media leaflet di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengidentifikasi kepuasan pasien asma di Instalasi Gawat Darurat

RSUD Kota Malang yang dilakukan perencanaan pulang dengan media video pada kelompok perlakuan.

1.3.2.2 Mengidentifikasi kepuasan pasien asma di Instalasi Gawat Darurat RSUD

Kota Malang yang dilakukan perencanaan pulang dengan media leaflet pada kelompok kontrol.

1.3.2.3 Menganalisis perbedaan kepuasan pasien asma di Instalasi Gawat

Darurat RSUD Kota Malang yang dilakukan perencanaan pulang dengan menggunakan media video dengan yang menggunakan media leaflet.

1.4 Manfaat Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini diharapkan bermanfaat dari beberapa aspek penting, diantaranya:

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini bermanfaat untuk menilai penggunaan media video dalam pelaksanaan perencanaan pulang yang diharapkan meningkatkan kepuasan pasien asma dalam segi keterlibatan pasien dan keluarga, pemahaman tentang penyakit dan manajemen asma, pemahaman tentang kontrol dan bagaimana membuat janji dengan dokter, serta pemahaman tentang pengobatan dan efek samping obat asma di Instalasi Gawat Darurat.

1.4.2 Manfaat Praktis

Pedoman pelaksanaan perencanaan pulang dengan media video dan leaflet pada pasien asma di Instalasi Gawat Darurat untuk meningkatkan

kepuasan pasien yang berhubungan dengan keterlibatan pasien dan keluarga dalam perencanaan pulang, pemenuhan kebutuhan informasi tentang penyakit dan manajemen asma, serta pemahaman tentang pengobatan dan efek samping obat, yang dalam jangka panjang akan bermanfaat untuk meningkatkan kemampuan pasien dan keluarga dalam mencegah kekambuhan asma.



BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Asma

2.1.1 Pengertian

Asma berasal dari bahasa Yunani yang berarti terengah-engah dan serangan pendek. Asma adalah penyakit saluran pernafasan yang terjadi sebagai akibat hipereaktifitas bronkus sehingga dinding bagian dalam saluran nafas mengalami pembengkakan, bronkospasme, produksi lendir saluran nafas yang berlebih sehingga jalan nafas menjadi lebih sempit dari keadaan normal (*National Institute of Health*, 2013). Asma merupakan penyakit kronis saluran nafas ditandai dengan sumbatan jalan nafas yang bersifat reversible, hipereaktifitas bronkus, dan inflamasi jalan nafas (Muhrrer, 2018). Asma merupakan penyakit yang ditandai oleh peradangan kronik pada saluran napas dengan riwayat gejala pernapasan seperti mengi, batuk, dan sesak nafas (Bayes & Thomson, 2016).

Asma adalah penyakit heterogen, biasanya ditandai dengan peradangan saluran napas kronis. Penyakit asma didefinisikan dengan riwayat gejala pernapasan seperti mengi, sesak napas, sesak dada dan batuk yang bervariasi dari waktu ke waktu disertai dengan terbatasnya aliran udara (GINA, 2019). Asma adalah suatu kelainan berupa inflamasi peradangan kronis pada saluran nafas yang menyebabkan hipereaktivitas bronkus terhadap berbagai rangsangan yang ditandai dengan gejala episodik berulang berupa mengi, batuk, sesak nafas

dan rasa berat di dada yang bersifat reversible baik dengan atau tanpa pengobatan (Depkes, 2009).

2.1.2 Etiologi

Istilah penyebab penyakit asma sebenarnya kurang tepat karena beberapa keadaan yang menyebabkan serangan pada penderita asma tidak memberikan pengaruh pada orang dengan paru normal (Mumpuni dan Wulandari, 2013). Dokter akan cenderung merumuskan penyebab asma dengan faktor pemicu karena faktor-faktor tersebutlah yang memicu terjadinya serangan asma. Faktor pemicu asma dibagi menjadi dua, yaitu faktor yang berasal dari dalam tubuh pasien (*intrinsic*) dan faktor yang berasal dari luar pasien (*ekstrinsic*).

Beberapa pemicu serangan asma antara lain: alergen yang terbawa udara (*airborne allergens*), adalah zat yang anda hirup dan yang dapat menyebabkan reaksi alergi. Pada beberapa orang sistem kekebalan melihatnya sebagai benda asing atau ancaman dan bereaksi dengan cara yang terlalu kuat untuk melindungi tubuh. Beberapa alergen paling umum yang memengaruhi orang yang menderita asma adalah: kotoran kecoak, tungau debu (serangga kecil dan sulit dilihat yang tumbuh subur di debu, kasur, furnitur berlapis kain, karpet, dan boneka binatang), hewan berdarah panas (termasuk hewan peliharaan seperti kucing dan anjing yang memiliki alergen di kulitnya/serpihan kulit, air seni, tinja, dan air liur), serbuk sari dari pohon, rumput, dan gulma.

Bahan Iritan yang saat dapat mengiritasi paru-paru. Beberapa bahan iritan yang paling umum ditemui antara lain: tembakau/asap rokok, polusi udara, termasuk ozon, formaldehida dan bahan kimia lainnya (dari lantai linoleum yang baru dipasang, karpet sintetis, papan partikel, penutup dinding, furnitur, dan cat

atau lukisan yang masih baru). Kompor gas dan peralatan lain yang tidak dibuang ke luar, asap (dari kendaraan, peralatan pembakaran kayu, atau perapian), bau atau semprotan yang kuat (seperti parfum, bedak, *hairspray*, dan cat), perubahan cuaca dan paparan udara dingin Lain.

Hal-hal lain yang menyebabkan gejala asma pada beberapa orang termasuk: olahraga dan aktivitas fisik yang berlebihan, infeksi saluran pernafasan virus, (termasuk pilek, *respiratory syncytial virus* (RSV), dan flu), obat-obatan seperti aspirin atau obat anti inflamasi nonsteroid lainnya (seperti ibuprofen, dan beta-blocker yang digunakan dalam obat tekanan darah tinggi dan glaucoma), infeksi saluran pernapasan bakteri (termasuk *Mycoplasma* dan *Chlamydia*), sulfat yang digunakan sebagai pengawet dalam makanan (buah kering, kentang instan, atau udang) atau minuman (*National Institute of Health*, 2013).

Depkes (2009) membagi faktor resiko asma menjadi faktor genetic dan lingkungan. Faktor instrinsik atau penyebab dari dalam adalah faktor yang ada pada penderita dan mendasari seseorang untuk mengalami serangan asma, meliputi faktor genetik, alergi, jenis kelamin, dan ras atau etnis tertentu. Faktor lingkungan biasanya kurang disadari sebagai pemicu asma karena pola hidup masyarakat, diantaranya adalah: perubahan cuaca (dari dingin ke panas atau sebaliknya), makanan tertentu (yang mengandung bahan pengawet, penyedap rasa, maupun zat aditif lain), debu, asap, serbuk sari tumbuhan, obat-obatan tertentu, bau-bauan yang menyengat dan bersifat merangsang, kondisi emosi yang tidak stabil (marah, depresi, sedih atau senang berlebihan), asap rokok, dan aktivitas fisik yang berlebihan

Penelitian yang dilakukan di RS. M. Jamil Padang pada tahun 2015 bahwa faktor risiko dan faktor pencetus yang mempengaruhi asma pada anak

adalah jenis kelamin (52,80%), makanan (43,19%), urtikaria pada anak (38,64%), rhinitis pada anak (34,09%), dermatitis atopi pada ibu (31,82%), dermatitis atopi pada anak (29,55%), rhinitis pada ibu (22,72%), asma pada ibu (22,72%), urtikaria pada ayah (20,45%), berat badan lahir <2500 gram (15,91%) dan status gizi (obesitas) 2,28%, faktor ekstrinsik yang berpengaruh terhadap kejadian pada anak adalah perubahan cuaca (65,91%), debu (63,64%), aktivitas (27,27%) (Usman *et al.*, 2015).

2.1.3 Tanda dan Gejala

Asma pada orang dewasa dimanifestasikan karena inflamasi kronis saluran nafas dan menimbulkan gejala klinis dengan penyempitan jalan nafas yang bervariasi (mengi dan sesak) dan batuk (Ichinose *et al.*, 2017). Manifestasi klinis dari asma terjadi karena reaksi hipersesitivitas bronkus, produksi lendir yang berlebih, dan penyempitan lumen bronkus. Tanda dan gejala umum berupa batuk yang sering memburuk di malam hari dan membuat pasien sulit tidur, adanya dahak yang banyak dan sulit dikeluarkan, munculnya suara yang terdengar saat mengeluarkan nafas atau mengi, dan sesak nafas seperti terdapat sesuatu yang meremas atau terdapat beban di atas dada serta kesulitan untuk bernafas (Mumpuni dan Wulandari, 2013).

2.1.4 Klasifikasi Asma

2.1.4.1 Berdasarkan Etiologi

Asma diklasifikasikan menjadi 3 tipe berdasarkan pada etiologi atau faktor pencetus kejadiannya, yaitu: asma ekstrinsik, intrinsik, dan gabungan antara ekstrinsik dan intrinsik.

1) Asma ekstrinsik (alergik)

Serangan asma yang ditandai dengan reaksi alergi yang disebabkan oleh faktor-faktor pencetus yang spesifik, seperti debu, serbuk bunga, bulu binatang, obat-obatan (antibiotik dan aspirin) dan spora jamur. Asma ekstrinsik sering dihubungkan dengan adanya suatu predisposisi genetik terhadap alergi.

2) Asma Intrinsik (non alergik)

Serangan asma ditandai dengan adanya reaksi non alergi yang bereaksi terhadap pencetus yang tidak spesifik atau tidak diketahui, seperti udara dingin atau bisa juga disebabkan oleh adanya infeksi saluran pernafasan dan emosi.

3) Asma gabungan

Asma gabungan merupakan bentuk asma yang paling umum. Asma ini mempunyai karakteristik dari bentuk alergik dan non-alergi, karena memang jarang serangan asma hanya disebabkan oleh faktor dari luar apabila faktor yang mendasari sebelumnya (Mumpuni dan Wulandari, 2013).

2.1.4.2 Berdasarkan Gambaran Klinis pada Orang Dewasa

Asma dapat diklasifikasikan berdasarkan gambaran klinis menjadi 4 kategori, yaitu: asma intermiten, persisten ringan, persisten sedang, dan persisten berat (Depkes, 2009). Tabel 2.1 akan menjelaskan klasifikasi asma pada orang dewasa yang biasa digunakan di Indonesia.

Tabel 2.1 Klasifikasi Asma Berdasarkan Gambaran Klinis Pada Orang Dewasa

| Derajat Asma | Gejala | Gejala Malam | Faal Paru |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Intermiten | Bulanan | | APE > 80% |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Serangan <1x/minggu - Tanpa gejala diluar serangan - Serangan singkat | < 2kali sebulan | VEP1 > 80% nilai prediksi APE > 80% nilai terbaik Variabiliti APE < 20% |
| Persisten Ringan | Mingguan | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Serangan <1x/minggu - Serangan dapat mengganggu aktivitas dan tidur | >2kali sebulan | VEP1 > 80% nilai prediksi APE > 80% nilai terbaik Variabiliti APE 20-30% |
| Persisten Sedang | Harian | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Serangan setiap hari - Serangan dapat mengganggu aktivitas dan tidur - Membutuhkan bronkodilator setiap hari | >2kali sebulan | VEP1 60-80% nilai prediksi APE 60-80% nilai terbaik Variabiliti APE >30% |
| Persisten berat | Kontinyu | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Gejala terus menerus - Sering kambuh - Aktivitas fisik terbatas | sering | VEP1 < 60% nilai prediksi APE < 60% nilai terbaik Variabiliti APE > 30% |

Sumber: Pedoman Pengendalian Penyakit Asma Depkes 2009

2.1.4.3 Berdasarkan Berat Serangan

Asma dapat diklasifikasikan berdasarkan beratnya serangan, yaitu:

ringan sampai sedang, moderate, dan berat (Mumpuni dan Wulandari, 2013).

Depkes mengklasifikasikan menjadi 4 kategori yaitu: asma ringan, sedang, berat,



ancaman henti nafas. Tabel 2.2 menunjukkan pembagian jenis asma berdasarkan berat serangan menurut Depkes RI.

Tabel 2.2 Klasifikasi Asma Berdasarkan Berat Serangan

| Parameter Klinis | Ringan | Sedang | Berat | Ancaman Henti Nafas |
|-----------------------|----------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|
| Sesak | berjalan | berbicara | istirahat | |
| Posisi | Bisa berbaring | Lebih suka duduk | Duduk bertopang lengan | |
| Bicara | kalimat | Penggal kalmat | Kata-kata | |
| Kesadaran | Mungkin iritabel | Biasanya iritabel | Biasanya iritabel | kebingungan |
| sianosis | Tidak ada | Tidak ada | ada | nyata |
| wheezing | Sedang, biasanya akhir ekspirasi | Nyaring, sepanjang ekspirasi + inspirasi | Sangat nyaring, terdengar tanpa stetoskope | Sulit/tidak terdengar |
| Penggunaan Otot bantu | Biasanya tidak | Biasanya ya | ya | Gerakan paradok torako-abdominal |

Sumber: Pedoman Pengendalian Penyakit Asma Depkes 2009

2.1.5 Patofisiologi Asma

Obstruksi jalan nafas penderita asma disebabkan oleh spasme otot polos, edema dan inflamasi membran mukosa jalan udara, dan eksudasi mukus intralumina (Mumpuni dan Wulandari, 2013). Obstruksi menyebabkan pertambahan resistensi jalan udara yang merendahkan volume ekspresi paksa dan kecepatan aliran, penutupan prematur jalan udara, hiperinflasi paru, bertambahnya kerja pernafasan, perubahan sifat elastik dan frekuensi pernafasan. Walaupun jalan udara bersifat difus, obstruksi menyebabkan perbedaan satu bagian dengan bagian lain, ini berakibat perfusi bagian paru



tidak cukup mendapat ventilasi dan menyebabkan kelainan gas-gas darah terutama penurunan pCO_2 akibat hiperventilasi.

Pada respon alergi di saluran nafas, antibodi IgE berikatan dengan alergen menyebabkan degranulasi sel mast. Akibat degranulasi tersebut, histamin dilepaskan. Histamin menyebabkan konstriksi otot polos bronkiolus. Apabila respon histamin berlebihan, maka dapat timbul spasme asmaatik. Karena histamin juga merangsang pembentukan mukus dan meningkatkan permeabilitas kapiler, maka juga akan terjadi kongesti dan pembengkakan ruang interstisium paru.

Individu yang mengalami asma mungkin memiliki respon IgE yang sensitif berlebihan terhadap sesuatu alergen atau sel-sel mast-nya terlalu mudah mengalami degranulasi. Dimanapun letak hipersensitivitas respon peradangan tersebut, hasil akhirnya adalah bronkospasme, pembentukan mukus, edema, dan obstruksi aliran udara.

2.1.6 Dampak Asma yang Tidak Terkontrol

Penderita yang tidak mampu melakukan manajemen asma dengan baik akan menyebabkan asma tidak terkontrol. Hal ini akan berdampak buruk baik terhadap kualitas hidup, biaya perawatan yang mahal, dan komplikasi lebih lanjut pada saluran pernafasan yang dapat berakhir dengan kematian. Penelitian yang dilakukan Imelda di poliklinik asma RS Persahabatan Jakarta menggunakan kuesioner kualitas hidup asma menunjukkan bahwa kualitas hidup pada penderita asma dipengaruhi oleh derajat asma yang diderita (Imelda, Yunus, & Wiyono, 2007).

Biaya perawatan yang mahal akan dibutuhkan baik yang ditanggung oleh penderita dan keluarga sendiri maupun yang dikeluarkan oleh penjamin layanan

kesehatan pemerintah atau swasta. Biaya yang tinggi ini akan diperberat apabila asma tidak terkontrol terjadi pada pasien usia produktif, karena menurut data dari sekitar 38% dari prevalensi asma berada pada usia 15-54 tahun (Risikesdas, 2018).

Dampak lain adalah adanya penyakit komplikasi yang dapat muncul karena perjalanan asma yang tidak terkontrol. Meskipun jarang terjadi, asma terkadang dapat menyebabkan komplikasi pernafasan yang mengancam jiwa termasuk pneumonia (infeksi paru-paru), pneumotoraks (kolaps sebagian atau seluruh paru-paru), kegagalan pernafasan atau status asmatikus (serangan asma berat yang tidak berespon terhadap pengobatan). Menurut Global Initiative for Asthma, sekitar satu dari 250 kematian terjadi setiap tahun di seluruh dunia karena asma. Tetapi banyak dari kematian ini sebenarnya dapat dicegah dengan gejala dan perawatan darurat yang tepat (GINA, 2019). Menurut Global Initiative for Asthma, sekitar satu dari 250 kematian terjadi setiap tahun di seluruh dunia karena asma. Tetapi banyak dari kematian ini sebenarnya dapat dicegah dengan gejala dan perawatan darurat yang tepat.

2.1.7 Penatalaksanaan Asma

Penatalaksanaan asma merupakan management untuk meningkatkan kualitas hidup agar penderita asma dapat hidup normal tanpa gangguan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Tujuan penatalaksanaan asma antara lain: menghilangkan dan mengendalikan gejala, mencegah kekambuhan, meningkatkan dan mempertahankan fungsi paru yang optimal, mengupayakan aktifitas fisik normal, menghindari efek samping obat, mencegah gangguan aliran udara yang irreversible, mencegah kematian akibat asma. Penderita asma anak-

anak diharapkan dapat mempertahankan tumbuh kembang sesuai potensinya (Depkes, 2009).

Penatalaksanaan asma pada dasarnya dibedakan menjadi dua, yaitu: penatalaksanaan fase akut dan penatalaksanaan jangka panjang.

Penatalaksanaan pada fase akut bertujuan untuk menghilangkan gejala yang muncul dan mencegah perburukan yang dapat mengancam nyawa.

Penatalaksanaan jangka panjang bertujuan agar pasien mampu beradaptasi dengan penyakit dan meningkatkan kualitas hidupnya.

2.1.7.1 Penatalaksanaan Asma Fase Akut

Serangan akut adalah suatu kondisi munculnya tanda dan gejala yang lebih buruk dari biasanya. Keadaan ini bisa terjadi mendadak dalam waktu singkat, misalnya saat pasien terpapar dengan asap rokok, debu, ataupun yang lain, tetapi bisa juga terjadi dalam waktu beberapa hari, misalnya pasien dengan riwayat asma yang menderita influenza (*National Asthma Council Australia*, 2014). Serangan asma berat akut merupakan kegawatdaruratan yang potensial mengancam nyawa, sehingga memerlukan penatalaksanaan yang cepat dan tepat. Kekambuhan asma yang menyebabkan pasien datang ke Instalasi Gawat Darurat disebabkan oleh management pengobatan yang tidak tepat, perilaku yang jelek, faktor sosial, dan kontrol yang kurang terhadap penyakit yang mendasari asma (Bayes & Thomson, 2016).

Pengkajian yang tepat dan cepat harus segera dilaksanakan ketika pasien asma akut datang ke Instalasi Gawat Darurat. Pemeriksaan awal diperlukan untuk menentukan beratnya serangan dan adanya penyakit lain yang menyertai asma. Pemeriksaan meliputi kemampuan pasien untuk menyelesaikan satu kalimat, denyut nadi, frekuensi pernafasan, serta penggunaan otot bantu

pernafasan. Pemeriksaan fungsi paru dengan spirometer bila memungkinkan, lakukan pemeriksaan saturasi oksigen (SpO₂) dengan pulse oximetri dan pertahankan nilainya 94-98%. Pemeriksaan analisa gas darah diperlukan apabila SpO₂ kurang dari 92% atau ada tanda-tanda asma yang mengancam nyawa. Pemeriksaan radiologi diperlukan apabila dicurigai adanya penyakit lain seperti pneumonie, pneumomediastinum, atau serangan yang tidak berespon baik dengan pengobatan (Bayes & Thomson, 2016).

Hipoxemia adalah penyebab kematian pada asma berat. Terapi awal yang diberikan pada asma berat adalah pemberian oksigen aliran tinggi (40-60%) untuk mempertahankan SpO₂ pada kisaran 94-98%. Pemberian inhalasi β -adrenoreseptoragon (salbutamol 5mg atau terbutalin 10 mg melalui oksigen nebulizer), penambahan antikholinergik (ipratropium bromide 0.5 mg) dalam nebulizer untuk memperkuat efek bronkodilator. Pemberian kortikosteroid sistemik intravena direkomendasikan pada serangan asma akut yang berat untuk menekan inflamasi pada saluran nafas, pemberian aminophilin dan salbutamol intravena. Magnesium Sulfat (MgSO₄) 1,2-2 gr terbukti efektif pada serangan akuat berat yang tidak respon dengan bronkodilator awal. Pemberian antibiotika bila ditemukan tanda infeksi. Pada kondisi yang sangat berat untuk menangani hiperkarnbia karena kegagalan pernafasan bisa dilakukan non invasive ventilasi (Bayes & Thomson, 2016).

Para ahli merekomendasikan bahwa pasien asma di Instalasi Gawat Darurat dapat dipulangkan setelah dilakukan observasi selama 30-60 menit dan menunjukkan respon yang baik terhadap terapi bronkodilator yang diberikan, hal ini untuk memastikan stabilitas respon terhadap pengobatan (Hodder *et al.*, 2010). Pasien harus dilakukan perencanaan pulang dengan edukasi tentang

penyakit, pengenalan faktor pencetus, pencegahan, terapi harian, kapan harus kontrol dan pengenalan tanda kegawatdaruratan yang mengharuskan untuk datang ke Instalasi Gawat Darurat. Perawat juga harus memastikan bahwa pasien mampu menggunakan obat inhaler dengan benar (Hodder *et al.*, 2010).

2.1.7.2 Penatalaksanaan Asma Jangka Panjang

Tujuan pengobatan jangka panjang pada asma adalah agar penderita asma dan keluarga memiliki kemampuan dalam mengontrol asma dan mencegah serangan. Prinsip yang harus dilakukan untuk manajemen asma jangka panjang adalah pelaksanaan edukasi, penggunaan obat untuk mengontrol dan pelega saluran nafas, serta menjaga kebugaran pada pasien (Depkes RI, 2009). Edukasi pada pasien harus mencakup bagaimana pengenalan gejala serangan secara dini, kapan harus berobat atau mencari pertolongan, mengenali dan menghindari faktor pencetus, pengetahuan tentang obat-obatan pelega dan pengontrol serta cara dan waktu penggunaannya, dan kontrol secara teratur.

National Asthma Council Australian dalam *My Asthma Guide* menjelaskan bagaimana hidup baik apabila kita adalah penderita asma. Beberapa kemampuan yang harus dimiliki oleh pasien dan keluarga antara lain:

- 1) Kemampuan pertama adalah bagaimana pasien mampu mengelola alergi yang dimiliki, karena asma sangat berhubungan erat dengan alergi termasuk pengobatan hay fever bila terjadi, pengenalan jenis alergi yang dimiliki (misalnya debu, kutu, serbuk tanaman, dll), menghindari pencetus yang dapat dihindari dan manajemen pencetus yang tidak dapat dihindari.

Test alergi mungkin diperlukan dan akan disarankan oleh dokter, walaupun bukan sesuatu yang esensial dalam penegakan diagnosa asma.

- 2) Hidup bebas asap rokok yang berarti bahwa penderita asma tidak boleh merokok dan menghindari terpapar asap rokok sebagai perokok pasif, karena rokok dan asma adalah suatu kombinasi keadaan yang sangat berbahaya.
- 3) Mengatur makan yang baik dengan banyak mengkonsumsi buah dan sayur, sering makan ikan, dan menghindari makanan yang tinggi lemak jenuh (misalnya makanan cepat saji). Kelebihan berat badan akan menyebabkan asma semakin sulit untuk dikontrol.
- 4) Menjaga kesehatan mental dengan menyampaikan kepada dokter atau perawat apabila penderita merasa kecemasan yang berlebihan, atau merasakan ketidaknyamanan terhadap sesuatu yang tidak sewajarnya. Kesehatan mental dapat mempengaruhi asma, dan asma juga dapat berpengaruh pada kesehatan mental.
- 5) Menjaga agar perencanaan tertulis tentang asma selalu *up to date* dengan menanyakan kepada dokter secara berkala.

Pasien dan keluarga harus mengetahui apakah asma yang diderita telah terkontrol atau belum, sehingga sangat penting untuk memberikan pemahaman bagaimana menilai kemampuan mereka dalam mengontrol asma. Depkes mengklasifikasikan tingkatan dalam mengontrol asma dalam tiga kategori, yaitu: asma terkontrol, terkontrol sebagian, dan asma tidak terkontrol. Tabel 2.3 menunjukkan klasifikasi asma terkontrol, yang menggambarkan bagaimana keadaan pada tiap tingkatan kontrol asma.

Tabel 2.3 Tingkatan Asma Terkontrol

| Karakteristik | Terkontrol | Terkontrol Sebagian | Tidak Terkontrol |
|----------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gejala harian | Tidak ada (\leq perminggu) | Lebih dari Dua kali perminggu | Tiga atau lebih gejala dalam kategori terkontrol sebagian, muncul sewaktu-waktu dalam seminggu |
| Pembatasan aktivitas | Tidak ada | Muncul tiba-tiba dalam seminggu | |
| Gangguan tidur (terbangun) | Tidak ada | Muncul tiba-tiba dalam seminggu | |
| Kebutuhan obat pelega | Tidak ada (\leq perminggu) | Lebih dari Dua kali perminggu | |
| Kekambuhan | Tidak ada | Sekali atau Lebih dari sekali dalam setahun | |

Sumber: Depkes RI 2009

2.1.8 Penggunaan Obat dalam Manajemen Asma

Penggunaan obat pada pasien asma tidak bisa dihindarkan baik pada saat fase akut maupun jangka panjang. Obat untuk asma dibagi menjadi dua, yaitu obat pelega yang digunakan untuk meredakan serangan akut dan obat pengontrol yang digunakan untuk pencegahan serangan asma dan diberikan untuk jangka waktu yang lama dan terus-menerus (Depkes, 2009). Pasien harus benar-benar mematuhi obat dan saran yang diresepkan.

2.1.8.1 Obat Pelega

Obat pelega adalah obat yang dibutuhkan untuk meredakan serangan asma dengan melonggarkan saluran nafas secara cepat. Obat ini harus selalu

disimpan ditempat yang mudah dijangkau, terutama pada penderita yang sering mengalami kekambuhan. Beberapa obat pelega antara lain: Agonis Beta 2 kerja cepat (salbutamol, terbutalin, prokaterol), antikolinergik (Fenoterol, ipratropium bromide), metilsantin (teophilin, aminophilin), dan kortikosteroid sistemik (metilprednisolon, prednisone). Obat –obat tersebut tersedia dalam bentuk sediaan oral, injeksi, maupun inhalasi.

2.1.8.2 Obat Pengontrol

Obat pengontrol merupakan obat yang dikonsumsi setiap hari dan jangka waktu yang lama, bertujuan untuk menghentikan dan mengendalikan peradangan sehingga dapat mencegah munculnya gejala dan mencegah serangan asma. Beberapa jenis obat pengontrol asma antara lain: kortikosteroid inhalasi (flutikason propionat, budesonide), kortikosteroid sistemik, agonis beta kerja lama (prokaterol, formoterol, salmeterol) antileukotrin (Zafirlukas), dan teopholin lepas lambat (Depkes, 2009).

2.1.8.3 Efek Samping Obat Asma

Semua obat memiliki kemungkinan terjadinya efek samping, termasuk obat-obatan untuk penderita asma. Hampir semua obat untuk asma telah digunakan oleh penderita asma untuk waktu yang lama, sehingga sangat penting untuk dijelaskan tentang kemungkinan efek samping yang bisa terjadi dan bagaimana cara untuk mengurangi atau menghindari efek samping tersebut.

Obat pencegah kekambuhan yang mengandung kortikosteroid dapat menyebabkan gangguan pada suara dan adanya bercak atau tanda infeksi pada tenggorokan. Efek ini biasanya ringan pada penggunaan dosis rendah atau normal, tetapi bisa terjadi efek yang serius pada penderita asma berat yang

menggunakan obat dengan dosis tinggi dan waktu yang lama. Resiko ini dapat dikurangi dengan puffer saat menggunakan obat inhaler dan berkumur dengan air setelah menggunakan obat inhalasi.

Obat oral yang mengandung montelukast bisa menyebabkan masalah pada mood dan perilaku. Pada orang dewasa ini dapat berupa gangguan tidur, perasaan senang yang berlebih atau depresi. Pada anak-anak efek samping yang muncul dapat berupa nightmare, gangguan tidur, perasaan sedih, iritabel atau tantrum. Kondisi yang dirasakan sebagai dampak dari obat asma harus segera dilaporkan kepada dokter untuk penanganan, penyesuaian dosis, ataupun penggantian obat (*National Asthma Council Australia, 2014*).

2.1.9 Rencana Tindakan Tertulis pada Asma (*Written Asthma Action Plan*)

Action plan atau rencana aksi asma, adalah instruksi tertulis yang dibuat oleh pasien dengan dokter. Beberapa literature yang dirangkum oleh Kusumaningrum menyebutkan manfaat dari *WAAP* antara lain: untuk membantu pasien mengendalikan asma secara mandiri dan mengurangi kunjungan ke Instalasi Gawat Darurat rumah sakit (Kusumaningrum, 2012). Dokter dapat memberi pasien rencana aksi ini sehingga tidak perlu mengingat semua yang dokter katakan. Pasien dapat menyimpan salinannya untuk selalu dibawa, atau menghafal beberapa bagian penting. Penelitian di Surakarta menunjukkan pasien yang diberikan edukasi dengan *WAAP* memiliki pengetahuan yang lebih tinggi (berbeda secara signifikan) dengan yang dilakukan edukasi hanya secara lisan (Muharrom, 2018).

Asma bervariasi pada masing-masing orang, sehingga tidak ada satu rencana aksi asma yang cocok untuk semua. Namun setiap rencana aksi akan memberi tahu apa yang harus dilakukan jika pasien mengalami serangan dan

menjelaskan kapan perlu mengonsumsi obat yang cepat bekerja, seberapa banyak dosisnya untuk masing-masing situasi, dan kapan perlu menghubungi dokter atau pergi ke Instalasi Gawat Darurat. Banyak rencana aksi yang menggunakan “sistem zona” sesuai warna pada lampu lalu lintas, dan menggunakan gejala serta hasil *peak flow* untuk membantu anda menentukan anda berada di zona asma yang mana. Rencana ini harus selalu dilakukan pembaruan bersama dokter (*up to date*) seiring dengan perkembangan penyakit asma, karena itu sangat diperlukan kontrol secara rutin (*National Asthma Council Australia*, 2014).

Tabel 2.4 Pelangi Asma

Hijau

- Kondisi baik, asma terkontrol
- Tidak ada / minimal gejala
- APE : 80 - 100 % nilai dugaan/ terbaik

Pengobatan bergantung berat asma, prinsipnya pengobatan dilanjutkan. Bila tetap berada pada warna hijau minimal 3 bulan, maka pertimbangkan turunkan terapi

Kuning

- Berarti hati-hati, asma tidak terkontrol, dapat terjadi serangan akut/eksaserbasi
- Dengan gejala asma (asma malam, aktiviti terhambat, batuk, mengi, dada terasa berat baik saat aktiviti maupun istirahat) dan/ atau APE 60 - 80 % prediksi/ nilai terbaik

Mebutuhkan peningkatan dosis medikasi atau perubahan medikasi

Merah

- Berbahaya
- Gejala asma terus menerus dan membatasi aktiviti sehari-hari.
- APE < 60% nilai dugaan/ terbaik

Penderita membutuhkan pengobatan segera sebagai rencana pengobatan yang disepakati dokter-penderita secara tertulis. Bila tetap tidak ada respons, segera hubungi dokter atau ke rumah sakit.

Sumber: Depkes RI, 2009

2.2 Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*) dalam Manajemen Asma

2.2.1 Pengertian Perencanaan Pulang

Perencanaan pulang (*discharge planning*) adalah bagian penting dalam program keperawatan yang bersifat dinamis agar tim kesehatan mendapatkan kesempatan yang cukup untuk menyiapkan pasien melakukan perawatan mandiri di rumah (Nursalam, 2016). Perencanaan pulang adalah suatu proses untuk memutuskan apa yang dibutuhkan oleh pasien yang mengalami pemindahan dari satu level perawatan ke level yang lain termasuk di dalamnya perawatan di rumah, rehabilitasi, rawat jalan, dan bantuan lainnya (Birjandi & Bragg, 2009).

Perencanaan pulang dimulai segera setelah pasien masuk dan berlanjut sampai pasien ditempatkan di level perawatan selanjutnya, hal ini karena pasien yang dipulangkan dari rumah sakit belum pulih sepenuhnya, sehingga harus dipastikan bahwa keadaannya stabil sampai tempat perawatan selanjutnya atau perawatan di rumah.

Perencanaan pulang adalah pendekatan berbagai disiplin untuk menjamin kontinuitas perawatan termasuk didalamnya identifikasi, penilaian, penentuan tujuan, perencanaan, implementasi, koordinasi, dan evaluasi (Lin et al., 2012). Kesimpulan dari beberapa definisi di atas adalah perencanaan pulang merupakan kolaborasi dari para profesional pemberi asuhan dengan melibatkan pasien dan keluarga melalui pendidikan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mempersiapkan dan menjamin kontinuitas perawatan setelah pasien pulang dari rumah sakit menuju perawatan di rumah atau komunitas.

2.2.2 Tujuan Perencanaan Pulang

Nursalam (2016) menyatakan tujuan perencanaan pulang secara rinci antara lain: menyiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis dan sosial, meningkatkan kemandirian klien dan keluarga, meningkatkan perawatan yang berkelanjutan pada pasien, membantu rujukan pasien pada system pelayanan yang lain, membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan ketrampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien, dan melaksanakan rentang perawatan (transisi perawatan) antara rumah sakit dan masyarakat.

Perencanaan pulang bertujuan untuk memberikan dukungan kesinambungan perawatan kesehatan antara di rumah sakit dan komunitas berdasarkan kebutuhan individual dari pasien. Dampak lain dari perencanaan pulang yang efektif di rumah sakit adalah mengurangi hari perawatan dan mengurangi resiko kekambuhan setelah pulang (Lin *et al.*, 2012). Pemberian perencanaan pulang juga bertujuan untuk meningkatkan kemajuan pasien, membantu pasien untuk mencapai kualitas hidup optimum sebelum dipulangkan (Almborg, 2010).

2.2.3 Prinsip Perencanaan Pulang

Tujuan perencanaan pulang dapat dicapai dengan menerapkan beberapa hal penting yang akan menjamin bahwa semua pesan yang disampaikan dapat dipahami dan diterapkan oleh pasien dan keluarga. Nursalam (2018) menjelaskan prinsip yang harus diperhatikan yaitu: pasien merupakan fokus dalam perencanaan pulang sehingga nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji, dievaluasi dan dikaitkan dengan masalah yang mungkin timbul pada saat pasien pulang dari rumah sakit. Perencanaan pulang merupakan pelayanan

multidisiplin sehingga dalam pelaksanaannya harus dilakukan secara kolaboratif dengan melibatkan semua profesi pemberi asuhan termasuk pasien dan keluarganya dengan mengoptimalkan sumberdaya yang ada. Tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan dengan pengetahuan pasien dan keluarga serta sumber daya lain yang tersedia di masyarakat. Penilaian kebutuhan perencanaan pulang dimulai saat pasien masuk ke rumah sakit.

Tiga hal mendasar yang harus diperhatikan dalam memberikan perencanaan pulang yang berkualitas. Hal pertama adalah perencanaan pulang harus mampu memberikan pendidikan kepada pasien tentang penyakitnya (termasuk didalamnya diagnosis, prognosis, pengobatan, pemeriksaan lanjutan).

Perencanaan pulang yang berkualitas harus mampu memberikan dukungan pada perawatan setelah pasien pulang (termasuk bagaimana pengobatan setelah pulang, penggunaan alat kesehatan saat dirumah, kapan melakukan kontrol untuk mengetahui perkembangan penyakit). Hal ketiga dari perencanaan pulang yang berkualitas adalah mampu mengkoordinir berbagai profesi pemberi layanan kesehatan (perawat, dokter, pekerja social,dll) sehingga perencanaan pulang benar-benar merupakan pelayanan multidisiplin dan melibatkan semua professional kesehatan yang berhubungan dengan pasien (Johns Hopkins University, 2014).

Pengabaian dari prinsip perencanaan pulang akan berdampak pada pemulangan pasien yang tidak efektif, misalnya sering kali terjadi pasien pulang dari rumah sakit dengan membawa resep obat tanpa mengetahui dengan jelas obat apa yang tertulis di dalam resep dan bagaimana menggunakannya.

Beberapa pasien dan keluarga dengan literasi kesehatan yang terbatas sering

merasakan kebingungan dengan bahasa yang digunakan oleh petugas saat memberikan edukasi sehingga mereka pulang dari rumah sakit tanpa mengetahui dengan jelas jenis penyakit dan perawatan lanjutan di rumah.

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Perencanaan Pulang

Keberhasilan perencanaan pulang dipengaruhi oleh berbagai faktor. Rofi'i (2011) dalam penelitian di RSI Sultan Agung menganalisa faktor-faktor yang berhubungan dengan perencanaan pulang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan pulang adalah personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus.

2.2.4.1 Faktor Personil

Personil yang terlibat dalam perencanaan pulang adalah orang-orang yang berkontribusi dalam perencanaan pulang yaitu perawat, dokter, pekerja social, petugas kesehatan di masyarakat, pasien dan anggota keluarga. Perawat sebagai bagian dari personil perencanaan pulang berperan penting dalam keberhasilan perencanaan pulang. Perawat bertanggung jawab untuk berkoordinasi dan mempertahankan hubungan dengan perawatan, fasilitas profesional, dan sumber daya yang diperlukan untuk pemulihan pasien. Penelitian menunjukkan hubungan yang signifikan antara personil dan pelaksanaan perencanaan pulang. Perawat yang mempunyai persepsi baik terhadap perencanaan pulang memiliki kemungkinan 2,7 kali lebih baik untuk melaksanakan perencanaan pulang dari pada perawat dengan persepsi yang kurang terhadap perencanaan pulang (Rofi'i, 2011)

2.2.4.2 Keterlibatan dan Kolaborasi

Perencanaan pulang merupakan merupakan kegiatan multi disiplin, sehingga keberhasilannya merupakan hasil dari kolaborasi antara tim kesehatan yang diberikan tanggung jawab oleh instansi yang bersangkutan dengan pasien dan keluarga. Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa salah satu langkah-langkah prosedur dalam perencanaan pulang adalah perawat melakukan kolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu lain yang mengkaji perlunya rujukan untuk mendapat perawatan di rumah atau di tempat pelayanan lainnya. Kolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu lain merupakan salah satu bentuk keterlibatan dan partisipasi dari personil dalam perencanaan pulang. Hasil penelitian menunjukkan perawat dengan persepsi yang baik tentang keterlibatan dan kolaborasi mempunyai kemungkinan 2,4 kali lipat untuk melaksanakan perencanaan pulang (Rofi'i, 2011).

2.2.4.3 Komunikasi

Komunikasi merupakan hal yang sangat vital, karena perencanaan pulang adalah proses untuk mempersiapkan pasien dan keluarga untuk perawatan lanjutan. Tujuan perencanaan pulang akan mudah tercapai apabila terjalin komunikasi yang efektif dalam pemulangan, sehingga semua pesan dalam edukasi kesehatan yang diberikan bisa dipahami dan diterapkan oleh pasien dan keluarga. Komunikasi adalah sarana untuk menjalin hubungan dengan pasien, keluarga, tim kesehatan lain dan petugas kesehatan di masyarakat. Apabila perawat dapat melakukan komunikasi dengan baik, maka keberhasilan pelaksanaan pulang akan tercapai. Hasil penelitian perawat yang mempunyai persepsi baik tentang komunikasi memiliki kemungkinan 2,7 kali lebih baik untuk melaksanakan perencanaan (Rofi'i, 2011).

2.2.4.4 Waktu

Waktu mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang, 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 pada tiap-tiap institusi yang berbeda. Salah satu tantangan yang dihadapi oleh perawat dalam perencanaan pulang pada pasien dengan perawatan akut adalah waktu dalam perencanaan pulang. Hasil penelitian oleh Rofi'i menunjukkan tidak ada perbedaan dalam melaksanakan perencanaan pulang antara perawat yang merasa memiliki waktu yang cukup dengan perawat yang merasa memiliki waktu yang kurang dalam perencanaan pulang. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dijadikan referensi (Poglitsch, Emery, dan Darragh, 2011) yang menunjukkan bahwa waktu sangat berpengaruh dalam perencanaan pulang (Rofi'i, 2011).

2.2.4.5 Perjanjian dan Konsensus

Membuat perjanjian/persetujuan pemulangan adalah kategori inti dari proses perencanaan pulang yang dilakukan oleh perawat. Aktivitas perencanaanpulang secara rinci didasarkan pada kehidupan sehari-hari klien / keluarga, dan rencana yang dibuat dalam rentang yang dapat diterima oleh klien (Tomura *et al.*, 2011). Diharapkan setelah pasien masuk ruang rawat inap perawat sudah mempersiapkan kesepakatan yang akan dicapai dalam perencanaan pulang. Komitmen perawat dalam membuat kesepakatan sangat diharapkan untuk keberhasilan suatu perencanaan. Hasil penelitian menunjukkan perawat yang mempunyai persepsi baik tentang perjanjian dan konsensus

memiliki kemungkinan 2,8 kali lebih baik untuk melaksanakan perencanaan pulang (Rofi'i, 2011).

2.2.5 Prosedur Perencanaan Pulang

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) menetapkan langkah-langkah dalam perencanaan pulang yaitu: saat pertama pengkajian keperawatan, kegiatan rutin harian, persiapan pertemuan perencanaan pulang, pertemuan perencanaan pulang, dan saat hari pemulangan.

Pada saat pengkajian awal, perawat mengidentifikasi siapa yang akan menemani atau merawat pasien nanti pada saat di rumah, sehingga mulai dirumah sakit sudah didapatkan kepastian kepada siapa saja edukasi akan diberikan. Perawat menjelaskan kepada pasien dan keluarga untuk menyampaikan apa yang ingin diketahui dengan menggunakan catatan dikertas atau papan tulis bila ada. Informasikan langkah-langkah dalam perawatan kepada pasien dan keluarga.

Kegiatan harian dalam perencanaan pulang yaitu: menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang kondisi pasien setiap ada kesempatan, menjelaskan pengobatan yang diberikan, dan mendiskusikan perkembangan perawatan yang dilakukan dan tujuan yang diharapkan. Perawat melibatkan pasien dan keluarga dalam setiap keputusan dan tindakan yang dilakukan. Perawat menyiapkan ceklist dan booklet yang akan diberikan kepada pasien saat pemulangan. Tahap selanjutnya adalah membuat perjanjian untuk pertemuan dengan pasien dan keluarga serta staf yang berkaitan dengan perencanaan pulang.

Pertemuan dengan pasien dan keluarga untuk memberikan edukasi, memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya tentang hal-hal yang dibutuhkan saat perawatan di rumah. Perawat memberikan

informasi yang sudah dilist dan booklet yang sudah dipersiapkan. Menjelaskan kapan dan bagaimana untuk melakukan kontrol.

Pada hari pemulangan, perawat melakukan pengecekan ulang dan konfirmasi tentang list pengobatan dengan pasien dan keluarga, memberikan surat kontrol dan menjelaskan tempat dan waktu yang telah disepakati. Perawat memberikan nama, no telephon yang dapat dihubungi bila ada masalah setelah pulang dari rumah sakit.

2.2.6 Tugas Perawat dalam Perencanaan Pulang:

Perawat merupakan tenaga kesehatan yang ada disemua tatanan kesehatan sehingga mempunyai peranan yang sangat penting dalam perencanaan pulang. Perawat primer berperan sebagai penanggung jawab dalam perencanaan pulang dan memastikan bahwa pasien dan keluarga telah memahami apa yang disampaikan dalam perencanaan pulang. Dalam melaksanakan agenda perencanaan pulang perawat primer boleh dibantu oleh perawat pelaksana. Nursalam (2016) menyebutkan tugas perawat primer dalam perencanaan pulang antara lain: membuat perencanaan pulang (koordinator), membuat leaflet, memberikan konseling/ pendidikan kesehatan (edukator), menyediakan format perencanaan pulang, dan mendokumentasikan perencanaan pulang.

2.2.7 Media Komunikasi dalam Perencanaan Pulang

Perencanaan pulang pada dasarnya adalah proses komunikasi dan edukasi yang didasarkan pada kebutuhan dari pasien. Media artinya adalah perantara atau pengantar pesan dari pengirim kepada penerima pesan. Media pembelajaran adalah alat yang dapat membantu proses belajar mengajar dan

berfungsi untuk memperjelas makna dari pesan yang disampaikan sehingga dapat mencapai tujuan pembelajaran dengan lebih baik dan sempurna (Kustandi dan Sutjipto, 2013). Media pembelajaran dibedakan menjadi 4 kelompok, yaitu media hasil teknologi cetak, audiovisual, hasil teknologi berbasis komputer, dan gabungan media cetak dengan komputer. Pemilihan media yang tepat akan meningkatkan penerimaan yang baik dari pasien dan keluarga terhadap isi pesan yang disampaikan.

Salah satu masalah dalam pemberian edukasi di Instalasi Gawat Darurat adalah penyampaian konten edukasi (Stack & Porter, 2012). Beberapa usaha yang dilakukan untuk meningkatkan pemahaman terhadap edukasi pemulangan diantaranya adalah menggunakan media yang disesuaikan dengan kemampuan pasien. Media yang sering digunakan adalah media tulisan berupa leaflet/booklet atau rencana tindakan yang diberikan kepada pasien saat pulang. Penelitian mengenai media apa yang paling baik digunakan terus dilakukan, hal ini penting karena banyaknya faktor yang mempengaruhi kemampuan pasien untuk menerima informasi dengan media yang berbeda-beda. Prinsip terpenting dalam pemilihan media adalah bagaimana informasi yang disampaikan bisa dipahami dan dilaksanakan oleh pasien dan keluarga dalam perawatan pasien di rumah.

2.2.7.1 Media Leaflet

Leaflet menurut kamus komunikasi adalah lembaran kertas berukuran kecil mengandung pesan tercetak untuk disebarkan kepada umum sebagai informasi mengenai suatu hal atau peristiwa. Leaflet adalah salah satu bentuk media tertulis berupa kertas lipat yang berisi informasi yang ingin disampaikan kepada sasaran. Ciri leaflet adalah jumlah katanya yang berkisar 200-400 kata, ukuran yang digunakan tidak terlalu besar atau kecil, berkisar 20-30 cm. Tujuan

dari leaflet antara lain untuk mempromosikan sesuatu, menceritakan informasi yang mengandung peristiwa atau kejadian. Leaflet di rumah sakit biasanya berisi tentang informasi layanan rumah yang ada di sakit, informasi layanan terbaru atau layanan unggulan, serta sarana edukasi tentang penyakit tertentu.

Leaflet memiliki sejumlah keunggulan maupun kelemahan. Sesuai dengan pendapat Simnett dan Ewles (dalam Falasifah, 2014) keunggulan leaflet, antara lain: efektif untuk pesan singkat, sederhana, dan murah. Selain itu penerima edukasi dapat belajar mandiri, karena dapat melihat isinya pada saat santai, dapat memberikan detail yang tidak mungkin bila disampaikan secara lisan. Adapun kelemahan leaflet menurut diantaranya: pembuatan leaflet yang bagus membutuhkan biaya yang relatif mahal, mudah hilang dan rusak, serta dapat menjadi kertas percuma.

2.2.7.2 Media Video

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, video adalah rekaman gambar hidup atau program televisi untuk ditayangkan lewat pesawat televisi, atau dengan kata lain video merupakan tayangan gambar bergerak yang disertai dengan suara. Media video merupakan salah satu jenis media audio visual, yang berarti mengandalkan indera pendengaran dan indera penglihatan (Abdulhak dan Darmawan, 2013). Media ini dapat menambah minat seseorang dalam belajar karena dapat menyimak sekaligus melihat gambar. Dari pengertian di atas dapat disimpulkan, bahwa video merupakan salah satu jenis media audio-visual yang dapat menggambarkan suatu objek yang bergerak bersama-sama dengan suara alamiah atau suara yang disesuaikan pesan yang ingin disampaikan oleh pembuat video.

Manfaat media video antara lain: memberikan pengalaman yang tak terduga kepada peserta didik, memperlihatkan secara nyata sesuatu yang pada awalnya tidak mungkin bisa dilihat, menganalisis perubahan dalam periode waktu tertentu, memberikan pengalaman kepada peserta didik untuk merasakan suatu keadaan tertentu, dan menampilkan presentasi studi kasus tentang kehidupan sebenarnya yang dapat memicu diskusi peserta didik (Prastowo, 2012).

Kelebihan media video adalah menyajikan gambar bergerak kepada komunikan disamping suara yang menyertainya dan dapat menampilkan suatu fenomena yang sulit untuk dilihat secara nyata. Selain kelebihan media video juga memiliki beberapa kelemahan, antara lain: pengambilan yang kurang tepat dapat menyebabkan timbulnya keraguan penonton dalam menafsirkan gambar yang dilihatnya, membutuhkan alat proyeksi untuk dapat menampilkan gambar yang ada di dalamnya, dan untuk membuat video membutuhkan biaya yang tidak sedikit (Daryanto, 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh Elyssa dkk di *Pediatric Emergency Department Inova Loudoun Hospital* dengan membandingkan penambahan instruksi pemulangan menggunakan media video dan media standar (tulisan/verbal). Dalam penelitian ini didapatkan hasil akhir bahwa penambahan media video dalam perencanaan pulang mempunyai skor yang lebih tinggi, yaitu pada signifikansi 0,001 pada pengetahuan dan pemahaman *care giver* daripada penambahan dengan media standar (B. Wood *et al.*, 2017). Kendala yang didapatkan adalah tentang pemahaman dalam bahasa yang berbeda akan terjadi salah persepsi terhadap video yang disaksikan dalam edukasi.

2.2.8 Perencanaan Pulang Pasien Asma di Instalasi Gawat Darurat

Instalasi Gawat Darurat adalah unit pelayanan di rumah sakit yang bertugas memberikan pertolongan awal dalam kondisi gawat darurat untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan lebih lanjut (DepKes RI, 2009).

Instalasi Gawat Darurat juga berperan sebagai pintu keluar atau pemulangan pasien apabila kondisi pasien stabil dan tidak memerlukan perawatan lanjutan di rumah sakit. Perencanaan pulang di Instalasi Gawat Darurat merupakan tantangan karena dihadapkan pada situasi yang tidak menentu, baik jenis penyakit maupun kegawatan dari pasien yang ada (Stevens *et al.*, 2019).

Dampak yang dirasakan adalah adanya beberapa pasien merasakan komunikasi yang kurang baik dari perawat. Keadaan ini sulit dihindari karena sering kali pada saat melakukan komunikasi dengan satu pasien, perawat harus memberikan pelayanan pada pasien baru yang datang dalam keadaan kritis.

Pasien asma yang telah menjalani perawatan di unit emergensi dan dinyatakan telah stabil akan dipulangkan dari Instalasi Gawat Darurat. Periode ini merupakan periode transisi setelah manajemen akut di rumah sakit menuju manajemen jangka panjang yang mengharuskan pasien dan keluarga mampu dalam pengelolaan penyakit, sehingga pengalaman kekambuhan tidak akan terulang kembali. Pasien dan keluarga harus dilibatkan secara aktif dalam perawatan dan dipersiapkan dengan edukasi tentang penyakit, pengenalan faktor pencetus, pencegahan, terapi harian, kapan harus kontrol dan pengenalan tanda kegawatdaruratan yang mengharuskan untuk datang ke Instalasi Gawat Darurat. Perawat juga harus memastikan bahwa pasien mampu menggunakan obat inhaler dengan benar (Hodder *et al.*, 2010). Kegagalan dalam penyampaian informasi dapat berdampak pada pengetahuan yang salah dan resiko kunjungan

ulang ke Instalasi Gawat Darurat, untuk menghindarinya dibutuhkan *feed back* bahwa pasien dan keluarga benar-benar memahami informasi yang diberikan (Stevens *et al.*, 2019).

2.2.8.1 Komunikasi Efektif dalam Pemulangan Pasien Asma di Instalasi Gawat Darurat

Komunikasi pada saat pemulangan adalah bagian sangat penting dari kualitas pelayanan di Instalasi Gawat Darurat tetapi menjadi tantangan tersendiri karena dihadapkan dengan keterbatasan waktu, kondisi lingkungan pelayanan yang sangat sibuk. Hal ini sangat berbeda dengan kondisi di bangsal rawat inap yang memberikan waktu lebih lama dan situasi lebih stabil bagi petugas klinis untuk berinteraksi dengan pasien, sehingga harus dipastikan bahwa instruksi pemulangan pasien asma benar-benar di pahami dan mampu diterapkan oleh pasien dan keluarga sebelum meninggalkan rumah sakit. Penelitian di unit *emergency Oakland Hospital* pada empat domain, yaitu: diagnosis dan penyebab, tindakan gawat darurat, instruksi setelah pulang, dan kunjungan ulang menunjukkan bahwa sebagian besar pasien dan keluarga/*care giver* mengalami kesulitan dalam pemahaman instruksi perawatan setelah pulang dari Instalasi Gawat Darurat (Gozdzialski, Schlutow, & Pittiglio, 2012).

2.2.8.2 Pemahaman Instruksi Pemulangan di Instalasi Gawat Darurat

Permasalahan dalam pemahaman pasien dan keluarga terhadap instruksi pemulangan di Instalasi Gawat Darurat bisa terdapat pada konten/isi instruksi, penyampaian, pengertian, dan pelaksanaan instruksi (Stack & Porter, 2012).

- 1) Konten. Konten dari instruksi yang disampaikan secara verbal sering kali tidak lengkap, sebuah penelitian yang dilakukan oleh Vashi dan Rhodes tahun 2011 menemukan bahwa dari 76% dari 800 pasien yang dipulangkan dari Instalasi Gawat Darurat menerima penjelasan tentang gejala penyakit yang diderita, hanya 34% menerima instruksi tentang tanda dan gejala mengharuskan pasien datang kembali ke Instalasi Gawat Darurat. Konten yang harus dipahami oleh pasien asma di Instalasi Gawat Darurat adalah pengertian asma, penyebab atau faktor pencetus serangan, tanda dan gejala yang mengharuskan pasien segera mencari pertolongan medis, hal-hal yang dapat memperburuk keadaan/penyakit, waktu dan tempat kontrol (pemeriksaan lanjutan), pengobatan asma termasuk jenis obat, waktu dan cara menggunakannya serta efek samping yang dapat terjadi pada penggunaan obat jangka panjang.
- 2) Penyampaian. Instruksi yang sudah tersusun dengan lengkap kadang juga masih menghasilkan pemahaman yang kurang dari pasien dan keluarga. Penggunaan istilah medis sering menjadi masalah dan hambatan bagi pasien dan keluarga untuk memahami instruksi, apalagi ditambah dengan pengetahuan yang rendah tentang kesehatan. Keadaan tersebut mengharuskan petugas klinis di Instalasi Gawat Darurat memahami latar belakang pendidikan, bahasa, dan budaya dari pasien yang akan diberikan edukasi. Beberapa cara yang telah dilakukan untuk mengoptimalkan penyampaian informasi antara lain dengan pemberian instruksi verbal dengan bahasa yang dimengerti oleh pasien, penulisan instruksi yang menyesuaikan level/kemampuan visual pasien, penggunaan video atau media elektronik lain.

3) Pengertian. Pasien yang dipulangkan dari Instalasi Gawat Darurat sering kali tidak dapat mengingat hal-hal penting dan rencana pemulangan yang telah disampaikan. Sebuah studi menunjukkan 21% pasien pulang dari unit emergency yang tidak mengetahui jenis penyakit yang diderita dan 56% tidak mengerti instruksi yang diberikan. Penelitian lain menunjukkan bahwa hanya 22% pasien mengaku mendapatkan kesempatan untuk mengkonfirmasi pemahamannya tentang instruksi pemulangan.

4) Pelaksanaan. Sebuah penelitian menunjukkan penentuan dosis pada pasien anak yang sangat membingungkan bagi orang tuanya, 40% menyebutkan dosis anak secara tepat, 67% dapat mengukur jumlah obat yang dibutuhkan, hanya 30% yang mampu melakukan keduanya, yaitu menentukan dosis yang tepat dan melakukan pengukuran jumlah obat secara akurat. Untuk memastikan bahwa pasien dan keluarga mampu melaksanakan instruksi pemulangan, perawat perlu mendemonstrasikan bagaimana mengukur dosis dengan takaran yang tepat, menggunakan obat inhaler, membantu membuat janji untuk kontrol, dan menghubungi penyedia layanan program lanjutan untuk penyakit kronis.

2.2.9 Transision of Care (Transisi Perawatan)

"Transisi perawatan" merujuk pada perpindahan pasien antara praktisi perawatan kesehatan, tempat pelayanan kesehatan, dan rumah karena kondisi dan perawatan mereka berubah (*The Joint Commission*, 2012). Sebagai contoh, seorang pasien mungkin menerima perawatan dari perawatan primer dokter atau spesialis dalam pengaturan rawat jalan, kemudian beralih ke dokter rumah sakit dan tim keperawatan selama rawat inap sebelum pindah ke tim perawatan lain di fasilitas perawatan terampil. Akhirnya, pasien mungkin kembali ke rumah, di

mana ia dapat menerima perawatan dari perawat yang berkunjung atau dukungan dari keluarga anggota atau teman. Proses transisi ini tidak selalu berjalan lancar dan efektif yang dapat menyebabkan efek samping dan tingkat kekambuhan (*readmission*) dan biaya yang lebih tinggi (Laura & Arnold, 2017).

Joint Commision Center for Tranforming Healthcare (2012) menyatakan beberapa faktor yang berkontribusi terhadap transisi perawatan pasien yang tidak efektif, akar penyebab ini sering berbeda dari satu organisasi perawatan kesehatan dengan yang lain. Akar penyebab paling sering dijelaskan dalam literatur medis dan oleh para ahli antara lain:

1) Kegagalan komunikasi

Penyedia perawatan tidak berkomunikasi secara efektif atau tidak sepenuhnya menyampaikan informasi yang penting di antara mereka sendiri, kepada pasien, atau mereka yang merawat pasien di rumah pada waktu yang tepat. Tidak efektifnya metode komunikasi baik verbal, direkam, atau tertulis. Beberapa faktor yang menyebabkan kegagalan dalam komunikasi yang efektif antara lain: perbedaan persepsi terhadap harapan antara pasien dan petugas klinis, budaya tidak mendukung keberhasilan misalnya kurangnya kerja tim dan rasa hormat baik sesama tim ataupun dengan pasien dan keluarga, waktu yang tersedia tidak cukup untuk pelaksanaan komunikasi, serta kurangnya prosedur standar dalam melakukan komunikasi, misalnya penggunaan SBAR (situasi, latar belakang, penilaian, rekomendasi).

2) Kegagalan pendidikan pasien

Pasien atau pengasuh keluarga / teman terkadang menerima rekomendasi yang bertentangan, pengobatan yang membingungkan, dan instruksi yang tidak jelas tentang perawatan lanjutan. Pasien dan pengasuh

terkadang tidak dilibatkan dalam perencanaan yang terkait dengan proses transisi. Pasien mungkin tidak memiliki pemahaman yang memadai tentang kondisi medis atau rencana atau perawatan. Akibatnya, mereka tidak mengikuti rencana perawatan, atau kurang pengetahuan atau keterampilan untuk melakukannya.

3) Rincian akuntabilitas

Dalam banyak kasus, tidak ada dokter atau petugas klinis yang bertanggung jawab untuk memastikan bahwa perawatan kesehatan pasien terkoordinasi di berbagai pengaturan dan penyedia layanan yang berbeda.

Penyedia layanan yang melibatkan banyak spesialis sering gagal untuk mengkoordinasikan perawatan atau berkomunikasi secara efektif, yang menciptakan kebingungan bagi pasien dan mereka yang bertanggung jawab untuk mentransisikan perawatan pasien ke pengaturan atau penyedia selanjutnya. Penyedia perawatan primer terkadang tidak menggunakan identitas nama yang mudah dikenali, dan adanya kelemahan dalam perencanaan pulang serta penilaian risiko yang terbatas. Tidak adanya langkah/kegiatan untuk memastikan pengetahuan dan sumber daya yang cukup akan tersedia baik di rumah atau di tempat pelayanan berikutnya bagi pasien setelah keluar rumah sakit.

2.2.9.1 *Care Transition Measure*

Care Transition Measure (CTM-15) adalah survei 15 pertanyaan yang dikembangkan oleh divisi kebijakan perawatan kesehatan dan penelitian di *University of Colorado*. CTM-15 membahas empat topik utama yang terkait dengan transisi perawatan dari satu tatanan kesehatan ke tatanan yang lain,

misalnya dari rumah sakit ke perawatan di rumah, komunitas, atau rawat jalan (Okoronkwo, 2014).

a. Keterlibatan pasien dan keluarga selama perawatan di rumah sakit.

Keterlibatan pasien dan keluarga adalah bagian penting dan tidak terpisahkan dalam perencanaan pulang. Hal-hal yang harus dipertimbangkan untuk meningkatkan keterlibatan pasien dan keluarga antara lain: adanya persamaan persepsi antara pasien dan petugas/kesepakatan tentang tujuan kesehatan yang jelas dan bagaimana cara untuk mencapainya, mempertimbangkan pengetahuan pasien dan keluarga atau pengasuh/*care giver* dalam memutuskan apa kebutuhan perawatan kesehatan pasien dan dimana pasien akan memenuhi kebutuhan perawatan kesehatannya ketika meninggalkan rumah sakit.

b. Pengetahuan tentang penyakit dan manajemen penyakit

Persepsi yang diukur pada dimensi ini antara lain: ketika meninggalkan rumah sakit, pasien memiliki semua informasi yang dibutuhkan untuk dapat mengurus diri sendiri, benar-benar mengerti bagaimana mengatur kesehatannya, memahami tanda-tanda dan gejala-gejala peringatan yang harus diperhatikan untuk memantau kondisi kesehatan, mempunyai rencana tertulis yang mudah dibaca dan mudah dipahami yang menggambarkan bagaimana semua kebutuhan perawatan kesehatannya akan dipenuhi. Pasien memiliki pemahaman yang baik tentang kondisi kesehatannya dan apa yang membuatnya lebih baik atau lebih buruk, memiliki pemahaman yang baik tentang hal-hal yang menjadi tanggung jawabnya untuk

mengelola kesehatan, tahu apa yang harus dilakukan untuk mengelola kesehatan, dan benar-benar bisa melakukan hal-hal yang perlu dilakukan untuk menjaga kesehatannya.

c. Pemahaman pasien tentang janji tindak lanjut (kontrol)

Pemahaman pasien dan keluarga untuk melakukan kontrol setelah pulang dari rumah sakit mencakup yang mencakup apa saja pemeriksaan yang perlu dilakukan beberapa waktu kedepan, bagaimana menghubungi dokter serta waktu dan tempat untuk kontrol secara telah disepakati. Hal penting dalam dimensi ini adalah pasien memiliki daftar janji atau tes tertulis yang dapat dibaca dan mudah dipahami yang harus dilakukan dalam beberapa minggu setelah pulang, mengerti kapan harus kontrol, dimana harus kontrol, dan mengerti nomor telephon atau kontak yang bisa dihubungi bila membutuhkan bantuan.

d. Pemahaman pasien tentang pengobatan dan efek samping obat

Pemahaman tentang regimen pengobatan yang menyangkut jenis obat dan manfaat dari masing-masing obat, bagaimana cara menggunakan/ meminum obat dan kapan harus menggunakannya. Kemungkinan efek samping yang dapat muncul dari obat yang digunakan dan bagaimana untuk menanganinya. Persepsi yang dinilai dari pasien adalah ketika meninggalkan rumah sakit, pasien dengan jelas memahami tujuan untuk penggunaan masing-masing obat, pasien benar-benar mengerti cara meminum masing-masing obat, termasuk berapa banyak yang harus dikonsumsi dan kapan.

Pasien dengan jelas memahami kemungkinan efek samping dari masing-masing obatnya dan cara untuk mengatasinya.

2.2.9.2 IDEAL Discharge Planning untuk Meningkatkan Transisi Perawatan

Pasien Asma dari Rumah Sakit ke Rumah

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) merumuskan strategi perencanaan pulang dengan model *IDEAL Discharge Planning*. Model *IDEAL* dirancang untuk meningkatkan transfer informasi yang efektif dari petugas klinis kepada pasien dan keluarga dengan tujuan mengurangi kejadian buruk saat di rumah dan mencegah pasien masuk kembali ke rumah sakit (AHRQ, 2013). Strategi ini bisa diterapkan sebagai model tersendiri maupun dikombinasikan dengan pendekatan yang lain dalam pemulangan pasien, termasuk untuk pasien asma. *IDEAL* merupakan singkatan yang terdiri dari komponen-komponen penting untuk mencapai tujuan perencanaan pulang:

- 1) **Include** the patient and family as full partners in the discharge planning process (Libatkan pasien dan keluarga sebagai mitra penuh dalam proses perencanaan kepulangan). Perencanaan pulang bukan kegiatan sesaat, tetapi merupakan proses yang berlangsung selama pasien menjalani perawatan di rumah sakit. Petugas klinis harus mengidentifikasi dari awal anggota keluarga yang akan menemani dan merawat pasien selama di rumah dan melibatkan mereka dalam komunikasi.
- 2) **Discuss** with the patient and family five key areas to prevent problems at home (Diskusikan dengan pasien dan keluarga lima area utama untuk mencegah masalah di rumah):

— Menjelaskan hidup yang sehat di rumah, termasuk bagaimana mengatur lingkungan yang mendukung kesehatan (menghindari debu di halaman,

karpet, rokok, menghindari adanya kutu di tempat tidur atau sofa, bulu binatang, dll), dukungan yang diperlukan (seperti anggota keluarga yang berhenti merokok, atau menjauh saat merokok, tidak menggunakan sapu yang menyebabkan debu saat membersihkan rumah), apa saja yang boleh dimakan atau dilarang, aktivitas apa yang diperlukan untuk meningkatkan kesehatan atau harus dihindari untuk mencegah kekambuhan.

– Mengecek kembali pengobatan yang dilakukan (*review*). Menggunakan daftar obat yang diberikan untuk mendiskusikan dengan pasien dan keluarga tujuan atau manfaat tiap jenis obat, bagaimana menggunakannya, jumlah dosis yang diperlukan, dan kemungkinan efek samping yang mungkin terjadi.

– Menjelaskan tanda dan gejala yang menjadi perhatian dan masalah yang kemungkinan muncul. Petugas klinis perlu menjelaskan tanda dan gejala yang harus diperhatikan oleh pasien sehingga pasien segera mengetahui munculnya gejala dan tanda awal dari serangan asma, sehingga dapat dilakukan manajemen mandiri di rumah. Pasien dan keluarga juga harus tahu seperti apa tanda dan gejala kegawatdaruratan yang mengharuskan mencari bantuan. Tulis dan jelaskan nama dan nomor telepon yang bisa dihubungi untuk meminta pertolongan.

– Menjelaskan hasil pemeriksaan. Pasien dan keluarga harus dijelaskan tentang hasil pemeriksaan yang telah tersedia, sehingga mereka mengerti apa yang terjadi pada pasien. Jika saat pasien pulang hasil pemeriksaan belum tersedia, beritahukan kepada pasien dan keluarga kapan hasil pemeriksaan dapat diambil dan dimana mengambilnya.

– Membuat janji untuk kontrol. Tawarkan kepada pasien dan keluarga untuk membuat janji kontrol dan pastikan bahwa mereka mengetahui bahwa kontrol untuk penyakitnya adalah sangat diperlukan.

3) **Educate the patient and family in plain language about the patient's**

condition, the discharge process, and next steps at every opportunity throughout the hospital stay (Mendidik pasien dan keluarga dalam bahasa

sederhana tentang kondisi pasien, proses pemulangan, dan langkah selanjutnya di setiap kesempatan selama tinggal di rumah sakit). Informasi yang diberikan tentang penyakit dan mangemen lanjutan dapat membosankan dan melelahkan bagi pasien dan keluarga jika diberikan sekaligus pada saat pemulangan, sehingga sering sekali terjadi kegagalan dalam pemahaman dan pelaksanaan instruksi yang disampaikan. Proses edukasi harus menjadi kegiatan yang berkesinambungan selama pasien menjalani perawatan. Selama pasien menjalani perawatan, hal-hal yang dapat dilakukan petugas antara lain:

– Dorong pasien dan keluarga untuk menyampaikan harapannya menjalani perawatan, catat kemajuan yang dialami setiap hari

– Libatkan pasien dan keluarga pada saat operan perawat setiap shift

– Bagikan daftar obat-obatan tertulis setiap pagi

– Periksa dan jelaskan tentang obat setiap pemberian: untuk apa obat yang diberikan, bagaimana meminumnya, dan kemungkinan efek samping yang dapat terjadi.

– Dorong partisipasi aktif pasien dan keluarga pada setiap tindakan yang dilakukan sehingga mereka akan memiliki kemampuan dan kepercayaan diri pada saat meninggalkan rumah sakit.

4) **Assess** how well doctors and nurses explain the diagnosis, condition, and nextsteps in the patient's care to the patient and family and use teach back

(Menilai seberapa baik dokter dan perawat menjelaskan diagnosis, kondisi, dan langkah selanjutnya dalam perawatan pasien kepada pasien dan keluarga dan mengulang kembali hal yang tidak jelas). Menyediakan informasi kepada pasien dan keluarga secara bertahap dan mengulangnya selama mereka di rumah sakit. Meminta pasien dan keluarga untuk mengulangi penjelasan yang diberikan dengan bahasa mereka sendiri untuk memastikan bahwa mereka memahami apa yang telah dijelaskan.

5) **Listen** to and honor the patient and family's goals, preferences,

observations, and concerns (Dengarkan dan hormati tujuan, pengetahuan, penilaian, dan keprihatinan pasien dan keluarga). Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk menuliskan pertanyaan yang mungkin akan ditanyakan kepada petugas sehingga mereka dapat menyampaikan setiap saat pada waktu yang mereka anggap memungkinkan. Petugas menggunakan pertanyaan terbuka pada saat menggali masalah yang dirasakan oleh pasien sehingga terjalin komunikasi timbal balik yang tidak monoton. Gunakan ceklist untuk menilai kesiapan pasien dan keluarga, dan rencanakan setidaknya satu kali pertemuan untuk perencanaan pulang dengan pasien dan keluarga.

2.3 Kepuasan Pasien Asma di Instalasi Gawat Darurat

2.3.1 Pengertian

Kepuasan (*Satisfaction*) adalah persepsi terhadap produk atau jasa yang telah memenuhi harapannya yang merupakan penilaian terhadap adanya kesenjangan antara harapan (standar kinerja yang seharusnya) dengan kinerja aktual yang diterima pelanggan (Nursalam, 2016). Pelanggan akan merasa tidak puas apabila produk atau jasa yang diterimanya kurang dari harapan, sebaliknya pasien akan merasa puas apabila produk atau jasa yang diterimanya sesuai harapan. Pelanggan akan merasa sangat puas apabila pelayanan yang diterimanya melebihi dari yang diharapkan (Kotler & Keller, 2009).

Zeithmal (2013) mendefinisikan kepuasan pelanggan adalah “tanggapan pemenuhan konsumen, yaitu suatu pertimbangan bahwa fitur barang atau jasa, atau barang atau jasa itu sendiri memberikan suatu tingkat pemenuhan terkait konsumsi yang menyenangkan”. Jadi, konsumen akan merasa puas apabila barang atau jasa yang dikonsumsi dapat memenuhi kesenangannya (Haryono, 2013). Kepuasan pasien adalah tanggapan pasien terhadap kesesuaian tingkat kepentingan atau harapan pasien sebelum menerima jasa pelayanan dengan sesudah menerima jasa layanan (Nursalam, 2016). Kepuasan pasien adalah keluaran (*outcome*) layanan kesehatan. Dengan demikian kepuasan pasien merupakan salah satu tujuan dari peningkatan mutu layanan kesehatan. Kepuasan pasien adalah suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkannya (Pohan, 2013).

Harapan pasien asma dengan serangan akut yang datang ke Instalasi Gawat Darurat adalah bagaimana rumah sakit memberikan pelayanan dengan

cepat sehingga kondisi kegawatdaruratan yang dialami pasien bisa segera teratasi. Pengalaman terhadap serangan akut akan memberikan perasaan takut kepada pasien sehingga tidak ingin mengalami kekambuhan dimasa yang akan datang. Penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan dengan pendekatan kualitatif pada 3 partisipan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Karanganyar menunjukkan bahwa harapan pasien asma adalah mendapatkan bantuan untuk memperlancar pernafasan, kemampuan untuk mencegah kekambuhan, dan kemudahan mendapatkan penanganan medis (Utomo, 2014). Penelitian tersebut juga mendapatkan 10 tema yang menjadi topik pembahasan yang diperlukan oleh pasien dalam pengelolaan penyakit, yaitu: pengertian asma, tanda dan gejala, penyebab, tehnik relaksasi, upaya penanggulangan serangan asma ulang, respon fisik, respon psikologis, bantuan untuk memperlancar pernafasan, upaya pencegahan, dan upaya penanganan medis.

2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien

Menurut Sangadji dan Sopiah (2013) faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien antara lain: karakteristik pasien, sarana fisik, jaminan pelayanan, kepedulian, dan kehandalan.

1) Karakteristik Pasien

Faktor penentu tingkat pasien atau konsumen adalah karakteristik dari pasien tersebut yang merupakan ciri-ciri seseorang atau kekhasan seseorang yang membedakan orang yang satu dengan orang yang lain. Karakteristik tersebut berupa umur, jenis kelamin, latar belakang pendidikan, suku bangsa, agama, pekerjaan dan lain-lain. Karakter yang berbeda-beda akan menyebabkan penilain yang berbeda walaupun pelayanan keperawatan dilakukan oleh perawat yang sama.

2) Sarana fisik

Berupa bukti fisik yang dapat dilihat yang meliputi gedung, perlengkapan, seragam pegawai dan sarana komunikasi. Sarana fisik merupakan hal pertama yang dilihat oleh pasien dan keluarga pada saat pertama kali masuk ke rumah sakit. Sarana fisik yang baik akan meningkatkan kepercayaan pasien, bahwa pasien telah memilih tempat pelayanan yang benar.

3) Jaminan

Pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki perawat. Pasien mempunyai harapan bahwa selama dilakukan perawatan ia akan terhindar dari bahaya karena perawat mempunyai pengetahuan dan kemampuan dalam memberikan pelayanan.

4) Kepedulian

Kemudahan dalam membangun komunikasi baik antara perawat dengan klien, perhatian pribadi, dan dapat memahami kebutuhan pelanggan. Kepedulian yang ditunjukkan oleh perawat akan membuat pasien merasa dihargai dan dilibatkan dalam pelayanan keperawatan yang diberikan.

5) Kehandalan

Kemampuan dalam memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan cepat, tepat, akurat, dan memuaskan, sehingga pasien dan keluarga merasa bahwa mereka telah memilih tempat pelayanan keperawatan yang tepat.

2.3.3 Manfaat Pengukuran Kepuasan Pasien

Manfaat pengukuran kepuasan pasien menurut Soeparmanto dan Astuti (2006), yaitu: mengetahui kekurangan masing-masing tingkat kelemahan

penyelenggaraan pelayanan, mengetahui kinerja penyelenggaraan pelayanan yang telah dilaksanakan oleh unit pelayanan, dan sebagai bahan penetapan kebijakan yang perlu diambil dan upaya yang perlu dilakukan.

Kepuasan pelanggan tidak akan lepas dari mutu pelayanan yang diberikan oleh perusahaan. Mutu layanan sering disebut *servqual* (*service Quality*). Ada lima dimensi *servqual* yang sudah diketahui secara umum, yaitu kemampuan menunjukkan performa sesuai dengan yang dijanjikan (*reliabilitas/reliability*), kesediaan untuk mendengar keluhan pelanggan (*ketanggapan/responsiveness*), pengetahuan dan rasa hormat pemberi layanan kepada pelanggan yang memberikan kepercayaan (*jaminan/assurance*), perhatian atau atensi individual (*empati/empathy*), dan tampilan fisik, perlengkapan, personalia, serta materi komunikasi (*wujud/tangibles*).

2.3.4 Teori Kepuasan pelanggan

Ada beberapa teori tentang kepuasan pelanggan yang harus dipahami oleh perusahaan atau pemberi layanan jasa.

1) Teori Perasaan Afektif Ekperiental

Teori ini beranggapan bahwa kepuasan konsumen dipengaruhi oleh perasaan positif dan negative yang diasosiasikan konsumen dengan produk yang sudah dibeli dan dikonsumsi.

2) Teori Kepuasan (*the expectancy discomfoting model*)

Teori ini mengemukakan bahwa kepuasan atau ketidakpuasan konsumen merupakan dampak dari perbandingan harapan konsumen sebelum membeli dengan kinerja produk yang sesungguhnya. Ketika membeli suatu produk, konsumen memiliki harapan bagaimana kinerja produk tersebut. Konsumen akan

merasa puas apabila produk yang dibeli lebih baik dari harapannya, hal ini disebut dengan diskonfirmasi positif. Produk yang seperti harapannya tidak akan memberikan rasa puas, tetapi juga tidak mengecewakannya, ini disebut konfirmasi sederhana. Produk yang lebih buruk dari harapan akan membuat konsumen merasa kecewa yang disebut diskonfirmasi negative.

3) Teori Keadilan (*Equity Theory*)

Menurut teori ini, konsumen harus merasa diperlakukan secara adil dengan konsumen yang lain. Keadaan ini terjadi karena konsumen juga menganalisa pertukaran antara dirinya dengan pelanggan yang lain, sejauh mana pertukaran tersebut dirasakan pantas atau wajar.

4) Teori Atribusi (*attribution Theory*)

Teori ini merupakan cara untuk mengidentifikasi penyebab suatu tindakan. Pelanggan yang merasakan kegagalan suatu produk akan berupaya menentukan penyebab kegagalan tersebut. Kegagalan yang disebabkan oleh produk atau jasa itu sendiri akan menyebabkan pelanggan tidak puas, tetapi bila kegagalan terjadi karena kebetulan atau tindakan pelanggan sendiri, mereka tidak mungkin merasa tidak puas.

5) Teori Produk Aktual

Peneliti menemukan bukti yang kuat bahwa kinerja produk aktual mempengaruhi kepuasan konsumen secara independen dari harapan, kelayakan, dan atribusi.

6) Afikasi dan *Consumer Satisfaction/Disatisfactin*

Teori ini mengemukakan bahwa pengukuran kepuasan dan ketidakpuasan konsumen dipengaruhi secara langsung oleh perasaan afektif dari pelanggan. Temuan terbaru bahwa keterlibatan konsumen dalam situasi pembelian meningkat, ketidakpuasan atau kepuasan pelanggan akan cenderung lebih besar pada produk yang dibelinya.

2.3.5 Pengukuran Kepuasan pelanggan

Ada beberapa metode yang digunakan untuk mengukur atau memantau kepuasan pelanggan (juga pelanggan perusahaan saingan). Daryanto (2014) menyebutkan ada empat metode untuk mengukur kepuasan pelanggan, yaitu: sistem keluhan dan saran, survei kepuasan pelanggan, *ghost shopping*, dan *lost costumer analysis*.

1) Sistem keluhan dan saran

Seperti kotak saran di lokasi-lokasi strategis, kartu pos berprangko, saluran telepon bebas pulsa, website, email, dan lain-lain. Cara yang sering dilakukan dirumah sakit adalah dengan menempatkan kotak saran di setiap instalasi dan memberikan buku keluhan/saran yang diisi oleh pasien atau keluarga pada saat pasien akan pulang dari rumah sakit.

2) Survei kepuasan pelanggan

Melalui survei, perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan dan sekaligus memberikan tanda positif bahwa perusahaan menaruh perhatian pada pelanggannya. Kegiatan ini bisa dilakukan melalui pos, telepon, email, maupun tatap muka langsung dengan memberikan angket atau kuesioner.

3) *Ghost shopping*

Salah satu bentuk observasi yang memakai jasa orang yang menyamar sebagai pelanggan atau pengguna jasa dari perusahaan saingan untuk mengamati aspek-aspek pelayanan dan kualitas produk.

4) *Lost costumer analysis*

Yaitu menghubungi atau mewawancarai pelanggan yang telah beralih dalam rangka memahami penyebab dengan melakukan perbaikan pelayanan.

2.3.6 Penilaian Kepuasan Pasien Pasien Asma Terhadap Perencanaan

Pulang

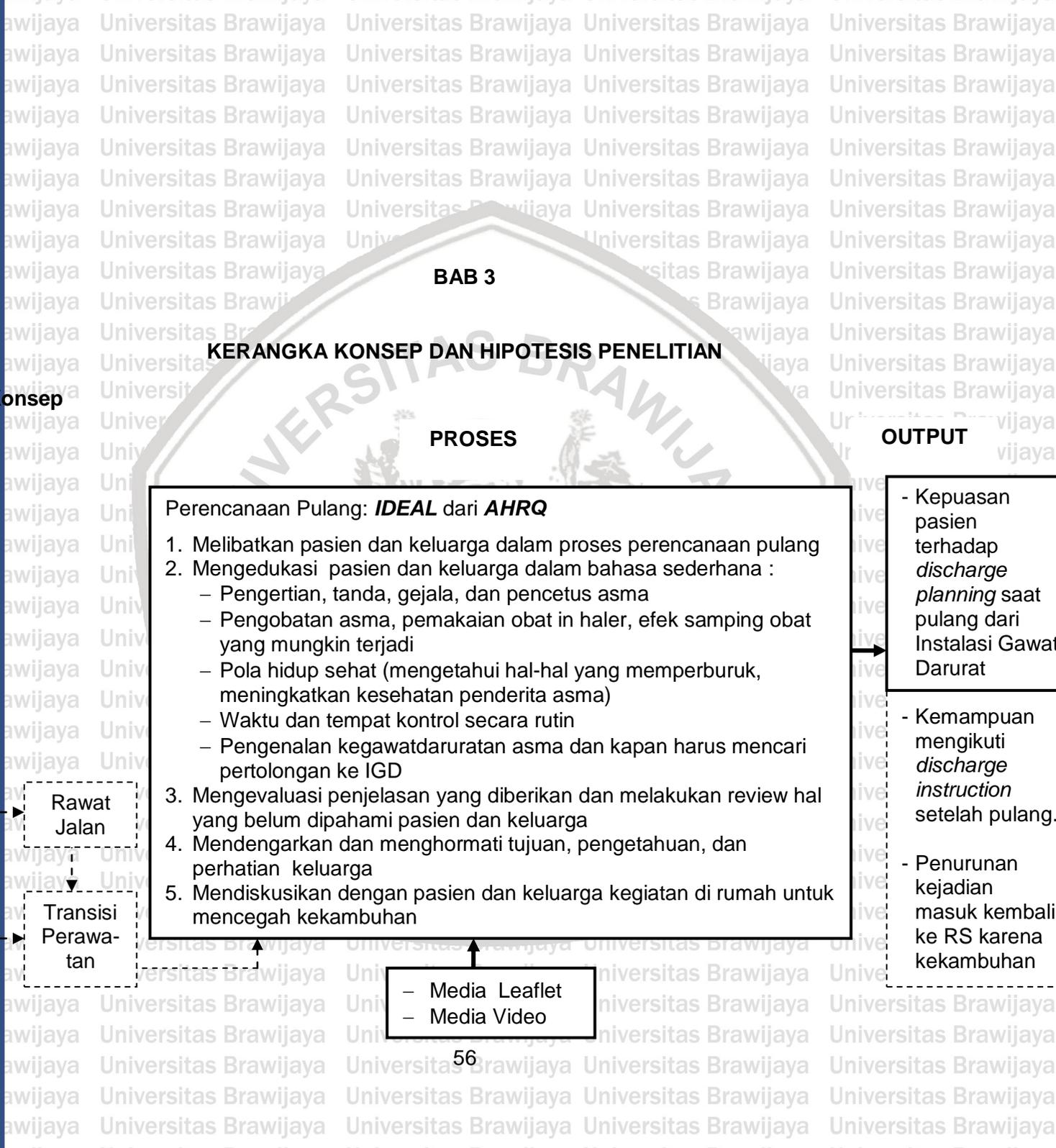
Mengukur kepuasan pasien adalah bagaimana mengetahui persepsi pasien terhadap suatu jenis pelayanan yang telah diterima dibandingkan dengan harapannya pada saat pertama kali masuk rumah sakit (Pohan, 2013).

Perencanaan pulang adalah pelayanan yang diberikan dengan melibatkan secara aktif pasien dan keluarga untuk mempersiapkan transisi perawatan dari rumah sakit menuju perawatan di rumah, sehingga pasien dan keluarga mampu melaksanakan manajemen terhadap penyakit yang diderita dan mencegah kejadian buruk saat di rumah/kekambuhan.

Perencanaan pulang gawat darurat yang berkualitas memiliki tiga karakteristik yang dapat dinilai pada saat dirumah sakit dan setelah pasien meninggalkan rumah sakit. Karakteristik pertama adalah perencanaan pulang mampu menjelaskan kepada pasien tentang penyakitnya (termasuk didalamnya diagnosis, prognosis, pengobatan, pemeriksaan lanjutan). Perencanaan pulang yang berkualitas harus mampu memberikan dukungan pada perawatan setelah pasien pulang (termasuk bagaimana pengobatan setelah pulang; penggunaan

alat kesehatan saat dirumah, kapan melakukan kontrol untuk mengetahui perkembangan penyakit). Karakteristik ketiga dari perencanaan pulang yang berkualitas adalah mampu mengkoordinir berbagai profesi pemberi layanan kesehatan (perawat, dokter, pekerja social,dll) sehingga perencanaan pulang benar-benar merupakan pelayanan multidisiplin dan melibatkan semua professional kesehatan yang berhubungan dengan pasien (Johns Hopkins University, 2014).

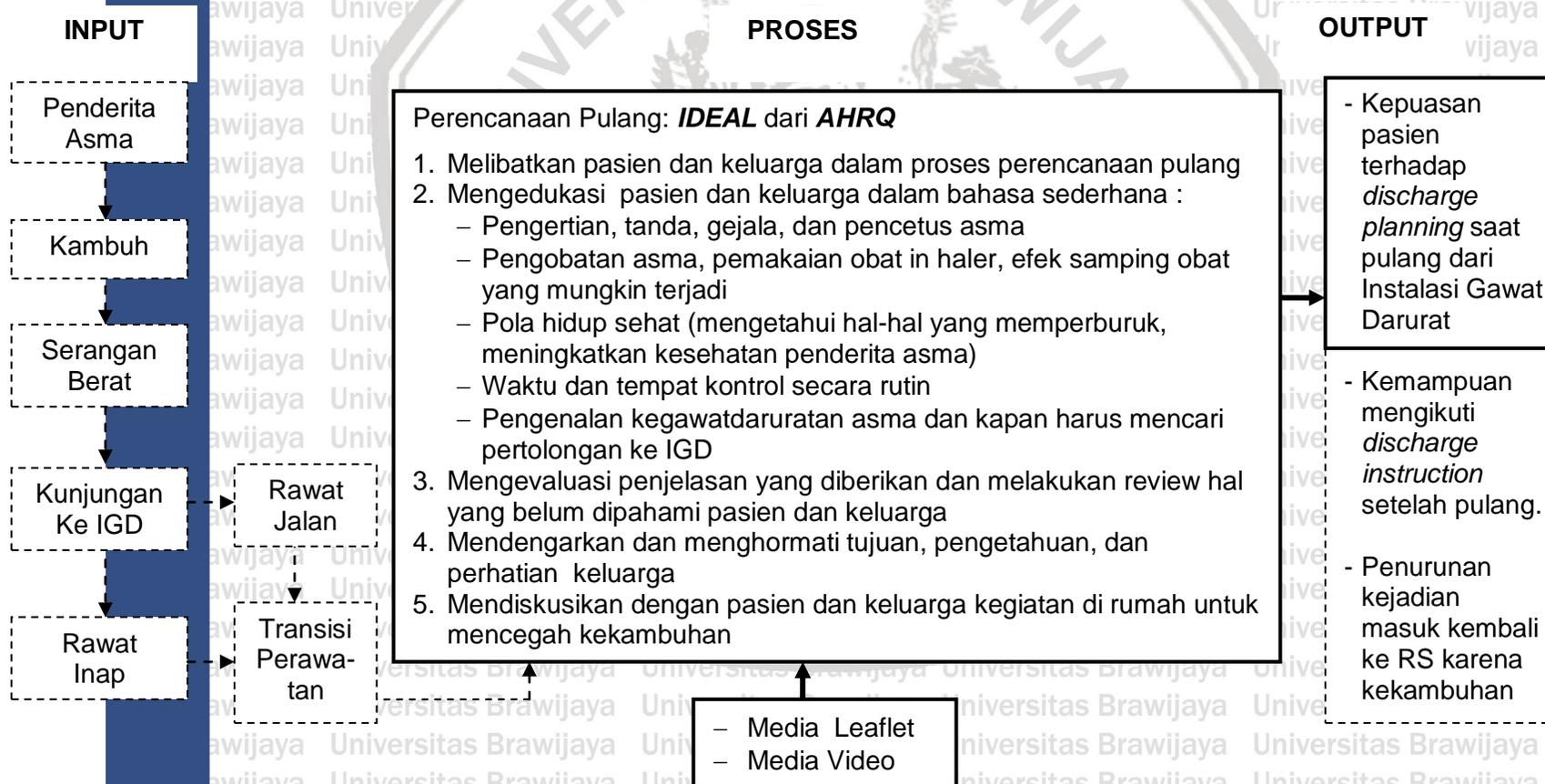
Penilaian terhadap perencanaan pulang menggunakan *care transition measure* berguna untuk mengetahui persepsi pasien dan keluarga terhadap kualitas perencanaan pulang yang dilakukan untuk mempersiapkan mereka dari perawatan di rumah sakit menuju perawatan lanjutan di rumah atau komunitas (Okoronkwo, 2014). Hal pertama yang dinilai adalah persepsi pasien tentang bagaimana petugas klinis selama di rumah sakit melibatkan mereka dalam perawatan, menghargai pengetahuan dan harapan pasien serta keluarga dalam pengelolaan penyakit. Penilaian kedua pada saat pasien akan meninggalkan rumah sakit, seberapa jauh edukasi perencanaan pulang telah meningkatkan pengertian, kemampuan, dan kepercayaan diri pasien dan keluarga dalam pengelolaan penyakit untuk jangka panjang pada saat pasien akan meninggalkan rumah sakit. Pemahaman tentang tindak lanjut setelah keluar rumah sakit, seperti kapan dan dimana waktu kontrol, serta bagaimana menghubungi bila membutuhkan pertolongan. Kemampuan untuk pengobatan dirumah, termasuk jenis obat, fungsi setiap obat, kapan dan bagaimana meminumnya, serta pengetahuan tentang efek samping yang mungkin terjadi dalam pemakaian obat.



BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Penjelasan:

Pasien asma yang menjalani perawatan di Instalasi Gawat Darurat RSUD

Kota Malang dan memenuhi kriteria inklusi dilakukan perencanaan pulang seperti yang biasa dilakukan, yaitu media lisan, selanjutnya kepada pasien dan keluarga

diputar video tentang penyakit asma dengan laptop yang ada di Instalasi

Gawat Darurat. Setelah melihat video, pasien dan keluarga diberikan

kesempatan untuk menyampaikan pendapatnya dan menyampaikan pertanyaan

apabila ada yang tidak dipahami. File video yang sudah diputar selanjutnya

diberikan kepada pasien atau keluarga untuk diputar di rumah. Informasi dalam

video antara lain pengertian asma, penyebab, pencegahan, pengobatan, diet,

dan kegiatan fisik yang boleh dilakukan, waktu untuk kontrol, dan pengenalan

kegawatdaruratan yang harus mencari pertolongan ke Instalasi Gawat Darurat.

Kelompok kontrol diberikan perlakuan dengan media leaflet tentang asma yang

biasa diberikan di rumah sakit. Dilakukan pengukuran kepuasan pasien terhadap

perencanaan pulang (*discharge planning*) yang telah dilakukan satu hari setelah

pasien dipulangkan dari Instalasi Gawat Darurat.

3.2 Hipotesis Penelitian

Ada perbedaan kepuasan terhadap perencanaan pulang antara pasien

asma yang diedukasi menggunakan media video dengan yang menggunakan

media leaflet di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Malang.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan penelitian

Pada penelitian ini peneliti menggunakan desain penelitian *quasy experiment* dengan metode *post test design* yaitu penelitian dengan menentukan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, kemudian dilakukan penilaian setelah perlakuan (*post test*).

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian

| SUBYEK | PRA | PERLAKUAN | PASCA |
|---------------------|-----|-----------|-------|
| Kelompok Eksperimen | - | X A | O A |
| Kelompok Kontrol | - | X B | O B |

Keterangan:

o = Pengukuran kepuasan pasien asma

XA = Perlakuan perencanaan pulang dengan media Video

XB = Perlakuan pada kelompok kontrol dengan media leaflet

4.2 Populasi dan Sample Penelitian

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien asma yang dilakukan perawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Kota Malang.



Jumlah populasi pasien asma di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Kota Malang dari tanggal 21 September sampai 10 November 2019 sebanyak 38 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien asma yang berkunjung ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Kota Malang dari tanggal 21 September sampai 10 November 2019 berjumlah 26 orang.

4.2.2.1 Kriteria Inklusi

- 1) Penderita asma yang dilakukan perawatan dan diperbolehkan pulang oleh dokter penanggung jawab di Instalasi Gawat Darurat
- 2) Bersedia menjadi responden.
- 3) Pasien berusia 14 tahun atau lebih (pasien usia <18 th, *informed consent* dilakukan oleh orang tua pasien).
- 4) Tidak dinyatakan mengalami gangguan mental oleh dokter

4.2.2.2 Kriteria Eksklusi

- 1) Penderita dalam kondisi gawat darurat (*emergency*) yang membutuhkan rawat inap.
- 2) Penderita yang dilakukan rujukan ke rumah sakit lain.

4.3 Teknik Sampling dan Besar Sampel

Metode sampling yang digunakan adalah dengan *quota sampling* untuk menentukan pasien yang masuk dalam kelompok perlakuan dan kontrol. Berdasarkan penelitian sejenis tentang penyuluhan kesehatan dengan media audiovisual yang dilakukan oleh Hayati tahun 2017, besar sampel yang didapat

dari 38 pupolasi penderita asma di IGD dalam penelitian ini ditentukan dengan

rumus:

$$P(n-1) \geq 15$$

$$\text{Sehingga : } P(n-1) \geq 15$$

$$1(n-1) > 15$$

$$2n - 2 > 15$$

$$2n > 15 + 2$$

$$N = 8,5$$

Keterangan:

P= Jumlah Perlakuan

n= Jumlah sampel

Berdasarkan penghitungan sampel diatas, jumlah sampel untuk penelitian adalah lebih dari atau sama dengan 8,5 dan dibulatkan menjadi 9 responden.

Untuk menghindari drop out sampel atau ketidaklengkapan data, maka besar sampel ditambah 10%, menjadi 10 responden tiap kelompok perlakuan, jadi total sampel yang dibutuhkan berjumlah minimal 20 orang.

4.4 Variabel Penelitian

4.4.1 Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel bebas dari penelitian ini adalah Perencanaan pulang menggunakan media video

4.4.2 Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel terikat dari penelitian ini adalah kepuasan pasien asma terhadap perencanaan pulang

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Kota Malang pada bulan September - November 2019.

4.6 Instrument Penelitian

Variable terikat pada penelitian ini diukur dengan menggunakan kuesioner persepsi pasien tentang perencanaan pulang yang diambil dari *Care Transitions Measure (CTM-15)*, instrument yang dibuat oleh *the Gordon and Betty Moore Foundation* 2015. Kuesioner terdiri dari 15 pernyataan pasien yang meliputi kepuasan dalam:

- Keterlibatan pasien dan keluarga dalam perencanaan pulang (pernyataan no. 1-3)
- Pemahaman tentang penyakit dan manajemen kesehatan saat pulang dari rumah sakit (pernyataan no. 4-11)
- Pemahaman tentang kontrol dan bagaimana membuat janji dengan dokter (pernyataan no. 12)
- Pemahaman pasien dan keluarga tentang pengobatan penyakit dan kemungkinan efek samping obat yang dikonsumsi (pernyataan no.13-15)

Setiap butir pernyataan diberikan skor 1-5 yang menyatakan tingkat kepuasan atau persetujuan pasien terhadap pernyataan tersebut. Hasil akhir dari kuesioner berupa angka dengan rentang nilai 15-75.

4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas

4.7.1 Uji Validitas

Kuesioner penelitian ini dilakukan uji validitas pada 13 responden asma yang berkunjung ke Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Malang pada Bulan

Agustus 2019. Uji Validitas dilakukan menggunakan *Product Moment* dengan interval kepercayaan 95% menggunakan SPSS versi 24. Nilai *r* tabel pada jumlah responden 13 didapatkan sebesar 0,553 yang artinya bahwa kuesioner akan dinyatakan valid bila mempunyai nilai $r > 0,553$. Tabel 4.1 menunjukkan hasil uji validitas yang telah dilakukan.

Tabel 4.1 Hasil Uji Validitas

| No Kuesioner | Hasil <i>r</i> Hitung | Nilai Sig | Nilai <i>r</i> Tabel | Keterangan |
|--------------|-----------------------|-----------|----------------------|------------|
| 1 | 0,904 | 0,000 | 0,553 | Valid |
| 2 | 0,779 | 0,001 | | Valid |
| 3 | 0,847 | 0,000 | | Valid |
| 4 | 0,859 | 0,000 | | Valid |
| 5 | 0,844 | 0,000 | | Valid |
| 6 | 0,765 | 0,002 | | Valid |
| 7 | 0,658 | 0,014 | | Valid |
| 8 | 0,874 | 0,000 | | Valid |
| 9 | 0,932 | 0,000 | | Valid |
| 10 | 0,832 | 0,000 | | Valid |
| 11 | 0,779 | 0,002 | | Valid |
| 12 | 0,851 | 0,000 | | Valid |
| 13 | 0,953 | 0,000 | | Valid |
| 14 | 0,940 | 0,000 | | Valid |
| 15 | 0,870 | 0,000 | | Valid |

Dari tabel 4.1 didapatkan data bahwa semua kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini mempunyai nilai *r* hitung lebih besar dari *r* tabel (0,553) serta mempunyai nilai sig $< 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa semua butir dalam kuesioner ini valid untuk digunakan dalam menilai kepuasan pasien asma terhadap perencanaan pulang.

4.7.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas dari kuesioner dilakukan pengujian dengan *Cronbach's Alpha* dan didapatkan nilai 0,971 yang artinya bahwa kuesioner ini reliabel dalam

kategori sangat kuat/sangat andal untuk digunakan dalam menilai kepuasan pasien asma terhadap perencanaan pulang.



4.8 Definisi Operasional

| Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Skala Pengukuran | Hasil Pengukuran |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Variabel Bebas: Perencanaan pulang menggunakan media video | Perencanaan pulang menggunakan media video adalah serangkaian kegiatan yang dikerjakan oleh perawat untuk mempersiapkan pasien dalam menjalani perawatan lanjutan di rumah setelah keluar dari rumah sakit dengan memberikan pendidikan kesehatan menggunakan film pendek berdurasi 10 menit berisi gambar bergerak, tulisan, dan suara tentang pengertian asma, penyebab, pencegahan, pengobatan, diet, dan kegiatan fisik yang boleh dilakukan, waktu dan tempat untuk kontrol, serta pengenalan serangan atau kegawatdaruratan yang mungkin terjadi pada penderita asma dan kapan harus mencari pertolongan ke IGD yang dilakukan setelah pasien dinyatakan boleh pulang dengan mengikutsertakan keluarga dalam proses edukasi. | | Skala Nominal (Ya dan tidak) | 1. Ya (Media Video) 2. Tidak (Media Leaflet) |
| Variabel Terikat: kepuasan pasien terhadap perencanaan pulang | Kepuasan pasien terhadap perencanaan pulang adalah persepsi yang dirasakan oleh pasien asma setelah dilakukan edukasi pemulangan yang meliputi: <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan dilibatkan dalam perawatan - Diberikan edukasi tentang penyakit dan manajemen kesehatan - Diberikan jadwal kontrol dan | <i>Care transition measure (CTM-15)</i> , berupa 15 pernyataan pasien terhadap pelaksanaan perencanaan pulang | Skala Numerik (Interval) Menggunakan skala likert pada setiap butir pernyataan dengan skala 1-5, dengan ketentuan: | - Kepuasan secara umum berupa penjumlahan dari total nilai pada setiap butir pernyataan pada kuesioner dengan rentang nilai |

| | | | | |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>bagaimana menghubungi dokter atau perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendapatkan pemahaman tentang pengobatan serta kemungkinan efek samping obat yang dikonsumsi. | | <p>1= sangat tidak setuju/tidak puas 2= tidak setuju/tidak puas 3= biasa/netral 4= setuju/puas 5= sangat setuju/sangat puas</p> | <p>15-75</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kepuasan dilibatkan dalam perawatan dengan rentang nilai 3-15 - Kepuasan tentang edukasi penyakit dan manajemen kesehatan rentang nilai 8-40 - Kepuasan tentang informasi kontrol rentang nilai 1-5 - Kepuasan tentang pengobatan dan efek samping obat rentang nilai 3-15 |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4.9 Prosedur Pengumpulan Data

4.9.1 Sumber Data

Data tentang kepuasan pasien didapatkan langsung dengan pengisian kuesioner kepuasan pasien yang diberikan langsung kepada pasien satu hari setelah dilakukan perawatan di Instalasi Gawat Darurat.

4.9.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dilakukan sebagai berikut:

- 1) Peneliti melakukan studi pendahuluan terlebih dahulu di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Malang, kemudian menyusun proposal penelitian.
- 2) Peneliti mengajukan permohonan izin penelitian dan pengambilan data dari institusi Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya kepada direktur RSUD Kota Malang
- 3) Peneliti memasukkan proposal penelitian ke *Ethical Clearance* Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.
- 4) Setelah mendapatkan kelaikan penelitian dari Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, peneliti mempersiapkan untuk proses pengumpulan data.
- 5) Peneliti melakukan koordinasi untuk menyamakan persepsi dengan kepala ruang dan perawat Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Malang sebagai penanggung jawab dan edukator serta menjelaskan panduan melakukan perencanaan pulang menggunakan media leaflet dan video.
- 6) Peneliti menyiapkan lembar penjelasan dan *informed consent* yang akan digunakan, serta memastikan bahwa perawat Instalasi Gawat Darurat

telah memahami cara memberi penjelasan tentang penelitian yang akan dilaksanakan.

- 7) Peneliti mempersiapkan video tentang penyakit asma dengan laptop yang tersedia di Instalasi Gawat Darurat dan memberikan panduan untuk pemutaran video kepada perawat Instalasi Gawat Darurat pada saat melakukan edukasi pemulangan pasien.
- 8) Pada saat ada pasien asma yang telah dilakukan perawatan dan diperbolehkan pulang, perawat Instalasi Gawat Darurat memberikan penjelasan tentang penelitian dan meminta pasien untuk bersedia menjadi responden.
- 9) Pasien yang bersedia menjadi responden selanjutnya menandatangani *informed consent*, dan dijelaskan bahwa sehari setelah pulang, peneliti akan mendatangi rumah responden untuk meminta melakukan pengisian kuesioner dan melakukan diskusi tentang penyakit asma yang diderita oleh pasien.
- 10) Perawat Instalasi Gawat Darurat memberikan perencanaan pulang menggunakan media video tentang asma selama 25 menit dengan alokasi waktu 10 menit untuk pemutaran video dan 15 menit untuk sesi tanya jawab kepada 14 orang kelompok perlakuan pada bulan pertama dan mencatat no. telepon serta alamat rumah/tempat tinggal responden.
- 11) Peneliti menghubungi responden satu hari setelah keluar dari Instalasi Gawat Darurat dan melakukan kontrak untuk pengisian kuesioner.
- 12) Setelah responden melakukan pengisian kuesioner, peneliti memberikan tambahan media berupa leaflet, serta memberikan kesempatan kepada

responden untuk menyampaikan pendapat atau menanyakan sesuatu yang belum dipahami.

13) Peneliti memberikan bingkisan kepada responden dan menyampaikan terima kasih atas partisipasinya dalam penelitian.

14) Perawat Instalasi Gawat Darurat memberikan perencanaan pulang menggunakan media leaflet tentang asma selama 25 menit dengan alokasi waktu 10 menit untuk penjelasan materi dalam leaflet dan 15 menit untuk sesi tanya jawab kepada 14 orang kelompok kontrol.

15) Peneliti menghubungi responden satu hari setelah keluar dari Instalasi Gawat Darurat dan melakukan kontrak untuk pengisian kuesioner.

16) Setelah responden melakukan pengisian kuesioner, peneliti memberikan tambahan media berupa media video dan mempersilahkan responden untuk menyaksikan pemutaran video serta memberikan kesempatan kepada responden untuk menyampaikan pendapat atau menanyakan sesuatu yang belum dipahami.

17) Peneliti memberikan bingkisan kepada responden dan menyampaikan terima kasih atas partisipasinya dalam penelitian.

18) Peneliti melakukan analisis data yang didapat dari kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Teknik pengumpulan data secara sistematis dan lebih jelasnya dapat dilihat pada diagram 4.1 di bawah ini.

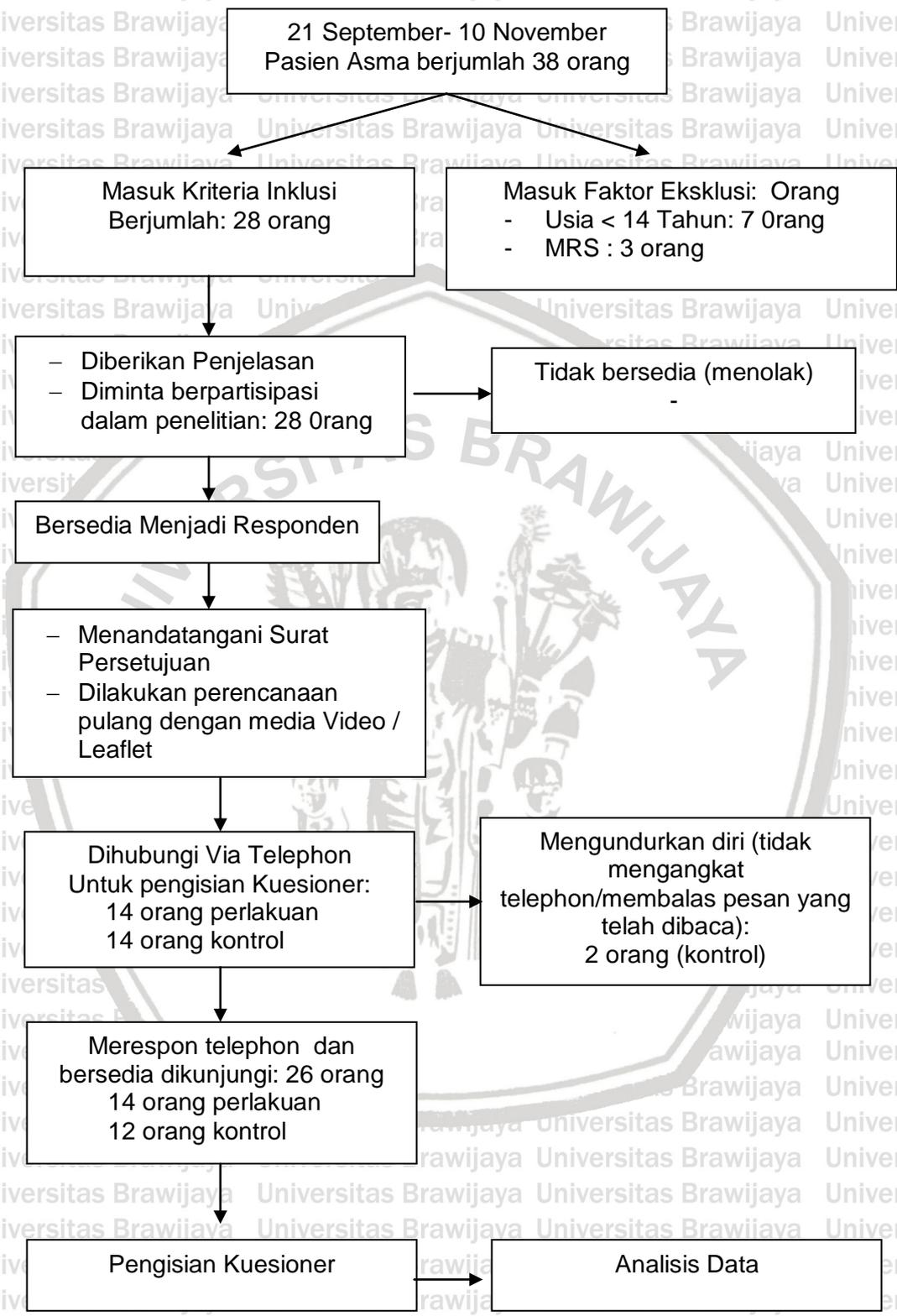


Diagram 4.1 Teknik Pengumpulan Data



4.10 Pengelolaan Data

4.10.1 Pre Analisis (*Editing, Coding, Scoring, Tabulating*)

Data yang terkumpul dilakukan pengelolaan melalui beberapa tahap yaitu dengan memberikan kode (*coding*) 1 untuk kelompok perlakuan dan kode 2 untuk kelompok kontrol, pengecekan terhadap data (*editing*) untuk menghindari kekosongan data, ketidaksesuaian, dan inkonsistensi. Selanjutnya peneliti memberikan skor (*scoring*) pada setiap butir pernyataan dari setiap responden, dan dilanjutkan dengan mentabulasi (*tabulating*) dengan memasukkan semua data ke dalam komputer, kemudian melakukan pengecekan kelengkapan data dari setiap responden yang telah dimasukkan dalam komputer, dilanjutkan dengan analisis data.

4.10.2 Analisis Data

4.10.2.1 Analisis Univariat

Karakteristik dari setiap responden pada kedua kelompok dianalisis dengan analisis univariat untuk memperoleh data yang berhubungan dengan kepuasan setiap responden terhadap perencanaan pulang yang dilakukan di Instalasi Gawat Darurat yang meliputi: umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan jenis kunjungan ke IGD. Umur sebagai data numerik disajikan dalam *mean* (rerata) dan simpang baku (standar deviasi). Karakter lain dari responden yang merupakan data kategorik disajikan dalam bentuk tabel distribusi yang menampilkan jumlah (*n*) dan prosentase. Data kepuasan dari tiap kelompok berdistribusi normal disajikan dalam tabel yang memuat rerata (*mean*) dan nilai simpang baku (standar deviasi) dari nilai kepuasan yang didapatkan dalam kuesioner.

4.10.2.2 Analisis Bivariat

Peneliti melakukan analisis bivariat terhadap variable bebas dan tergantung. Variable bebas yaitu Media dalam perencanaan pulang diukur dengan skala nominal. Variable terikat yaitu kepuasan pasien yang didapat dari kusioner pernyataan tentang perencanaan pulang menggunakan skala likert pada setiap pernyataan (skala 1-5). Hasil dari 15 pernyataan terhadap perencanaan pulang dijumlahkan berupa skala numerik (interval) dengan rentang nilai 15 – 75.

Peneliti melakukan uji *saphiro wilk* untuk menentukan normalitas distribusi data kepuasan pasien yang akan menentukan jenis uji statistik untuk mengetahui perbedaan kepuasan pasien asma pada kedua kelompok. Interval kepercayaan yang digunakan adalah 95% , jika nilai $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang artinya ada beda signifikan kepuasan pasien asma terhadap perencanaan pulang antara pasien yang dilakukan perencanaan pulang menggunakan media video dengan yang menggunakan media leaflet.

Hasil analisis bivariat disajikan dalam bentuk tabel terbuka yang memuat nilai signifikansi hasil hitung (nilai p), rerata (*mean*), nilai simpang baku (standar deviasi), dan interval kepercayaan yang digunakan (IK).

4.11 Etika Penelitian

Peneliti memohon izin kepada pihak terkait sebelum melaksanakan penelitian yang dimulai dengan melakukan prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian. Setelah mendapatkan izin untuk melakukan penelitian dari direktur RSUD Kota Malang, peneliti mengajukan permohonan *etical clearance* kepada Komite Etik Fakultas Kedokteran dan telah dinyatakan memenuhi laik

etik pada tanggal 21 September 2019 dengan nomor: 252/EC/KEPK-S1-PSIK/09/2019. Prinsip etik dalam penelitian ini meliputi:

4.11.1 Menghormati Harkat dan Martabat (*Respect to Human and Dignity*)

Penelitian menerapkan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia dalam bentuk memberikan hak responden untuk mendapatkan penjelasan segala informasi penelitian, hak mendapatkan jawaban atas segala pertanyaan, serta hak untuk mengundurkan diri kapan saja. Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan prinsip tanpa nama (*anonymity*) pada lembar kuesioner dan diganti berupa kode, sehingga rahasia responden tetap terjaga.

4.11.2 Prinsip Berbuat Baik (*Baneficience*)

Dengan berpartisipasi dalam penelitian ini, responden telah berperan dalam upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan terutama dalam menerapkan perencanaan pulang yang akan dirasakan manfaatnya oleh rumah sakit dan pasien asma dalam pengelolaan penyakitnya.

4.11.3 Prinsip Tidak Merugikan (*Non-maleficience*)

Didalam penelitian ini tidak ada resiko yang fatal pada pasien atau keluarga karena perlakuan dalam penelitian ini adalah metode perencanaan pulang yang dilakukan oleh perawat dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien. Pengukuran yang dilakukan adalah penilaian persepsi pasien tentang kepuasan pada pelayanan yang diberikan dan dilakukan dengan pengisian kuesioner dilakukan sehari setelah pasien pulang.

4.11.4 Prinsip Keadilan (*Justice*)

Selama penelitian dilaksanakan, peneliti memperlakukan responden secara adil dan tidak diskriminatif, memberikan penghargaan terhadap partisipasi responden, responden juga dapat menghubungi peneliti setiap saat untuk melakukan klarifikasi. Kelompok perlakuan diberikan leaflet sebagai tambahan setelah dilakukan pengambilan data kepuasan. Kelompok kontrol diberikan file video asma untuk diputar setelah pengambilan data kepuasan. Responden pada kedua kelompok diberikan kesempatan untuk menyampaikan pertanyaan tentang penyakit asma dan hal-hal yang belum dipahami kepada peneliti.





BAB 5
HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

Pengumpulan data tentang pengaruh perencanaan pulang menggunakan media video terhadap kepuasan pasien asma di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Kota Malang dilakukan dengan pengukuran kepuasan terhadap transisi perawatan yang meliputi dimensi keterlibatan pasien dan keluarga dalam perawatan, pemenuhan informasi tentang penyakit dan manajemen penyakit, pemenuhan informasi tentang jadwal kontrol, serta pemahaman tentang pengobatan dan efek samping obat.

5.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini dibedakan berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan jenis kunjungan pasien asma. Data akan disajikan dalam table distribusi sesuai dengan skala pengukuran yang dilakukan pada setiap karakteristik responden. Tabel 5.1 dan 5.2 akan menyajikan karakteristik responden dalam penelitian ini.

Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur (tahun)

| Umur Responden (tahun) | Rerata (s.b) | IK 95% | p value |
|------------------------|---------------|-------------|---------|
| Media Video | 45,43 (13,82) | 37,45-53,41 | 0,199 * |
| Media Leaflet | 37,83 (15,50) | 27,98-47,68 | |

Keterangan: * *Independent T Test*

Dari table 5.1 didapatkan data bahwa umur responden dalam penelitian ini rata-rata adalah 45,43 tahun pada kelompok yang diberikan edukasi dengan media video dan 37,83 tahun pada kelompok yang diberikan edukasi dengan media leaflet, *p value* sebesar 0,199 (> 0,05) menunjukkan tidak ada perbedaan umur antar responden yang diberikan edukasi video dan leaflet.

Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, dan Jenis Kunjungan

| Karakteristik | Media Video | Media Leaflet | % | P value |
|------------------|-------------|---------------|-------|----------|
| Jenis Kelamin | n | n | | |
| Laki | 5 | 5 | 38,46 | 0,765 * |
| Perempuan | 9 | 7 | 61,54 | |
| Pendidikan | | | | 0,994 ** |
| SD | 3 | 4 | 26,92 | |
| SMP | 4 | 4 | 30,77 | |
| SMA | 4 | 3 | 26,92 | |
| PT | 3 | 1 | 15,38 | |
| Pekerjaan | | | | 0,667 ** |
| PNS | 3 | 0 | 11,54 | |
| Petani | 1 | 0 | 3,85 | |
| Wiraswasta | 7 | 6 | 50,00 | |
| Ibu Rumah Tangga | 2 | 3 | 19,23 | |
| Pelajar | 1 | 3 | 15,38 | |
| Jenis kunjungan | | | | 0,671* |
| Baru | 7 | 5 | 46,15 | |
| Lama | 7 | 7 | 53,85 | |
| Jumlah | 14 | 12 | 100 | |

Keterangan: * *Chi-Square*
 ** *Kolmogorov-Smirnov*

Dari tabel 5.2 didapatkan data bahwa bahwa responden dalam penelitian ini sebagian besar perempuan (61,54%), pendidikan terbanyak adalah SMP (30,7%), pekerjaan terbanyak wiraswasta (50,00%), pengunjung lama yang sebelumnya pernah berkunjung ke IGD RSUD Kota Malang (53,85%). Nilai p dari semua karakteristik $> 0,05$ artinya tidak ada perbedaan antara jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan jenis kunjungan pada responden yang diberikan edukasi dengan media video dan leaflet.

5.2 Nilai Kepuasan Pasien terhadap Perencanaan Pulang

Hasil pengisian kuesioner kepuasan pasien asma terhadap perencanaan pulang disajikan pada tabel terbuka dengan terlebih dahulu melakukan uji normalitas sebaran data. Tabel 5.3 akan menyajikan normalitas distribusi data yang akan dilanjutkan dengan tabel 5.4 yang menyajikan nilai kepuasan pasien.

Tabel 5.3 Uji Normalitas Distribusi Data

| Uji Normalitas (<i>Saphiro Wilk</i>) | |
|----------------------------------------|----------|
| | p- value |
| Media Video | 0,137 |
| Media Leaflet | 0,317 |

Dari tabel 5.3 didapatkan bahwa nilai *p-Value* pada responden yang diberikan edukasi perencanaan pulang dengan media video sebesar 0,137 dan pada responden dengan media leaflet sebesar 0,317 yang berarti bahwa data kepuasan pasien asma pada kedua kelompok berdistribusi normal sehingga data yang akan ditampilkan berupa rerata (*mean*) dan simpang baku (standar deviasi).

Tabel 5.4 Nilai Kepuasan Pasien Asma

| | Rerata (s.b) | IK 95% |
|---------------|---------------|-------------|
| Media Video | 70,21 (3,286) | 68,32-72,11 |
| Media Leaflet | 57,42 (7,391) | 52,72-62,11 |

Dari table 5.4 didapatkan data bahwa nilai rerata kepuasan responden terhadap perencanaan pulang pada kelompok yang diberikan edukasi dengan media video sebesar 70,21 dengan simpang baku 3,286 sedangkan pada kelompok yang diberikan media leaflet nilai rerata sebesar 57,42 dengan simpang baku 7,371.

5.3 Uji Beda Kepuasan Pasien Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Uji beda kepuasan pasien asma terhadap perencanaan pulang dilakukan dengan membandingkan rerata kepuasan menggunakan uji beda *Independent T Test* karena data berdistribusi normal. Perbedaan kepuasan pasien secara umum dilakukan dengan membandingkan secara total semua nilai kuesioner yang akan menggambarkan ada atau tidaknya perbedaan secara statistik kepuasan pasien asma yang dilakukan edukasi menggunakan media video dengan yang diedukasi menggunakan leaflet. Uji beda juga dilakukan pada setiap dimensi *Transition Care Measure (CTM 15)* yang akan memberikan gambaran perbedaan kepuasan pada persepsi tentang pelibatan pasien dan keluarga dalam perencanaan pulang, kepuasan tentang informasi yang didapat untuk management penyakit, kepuasan tentang pemberian informasi untuk kontrol, serta kepuasan yang berhubungan dengan pengobatan penyakit dan efek samping obat. Hasil uji beda kepuasan pasien asma terhadap perencanaan pulang akan ditampilkan dalam tabel 5.5

Tabel 5.5 Hasil *Independent T Test* Kepuasan Pasien Asma Terhadap Perencanaan Pulang

| Variabel | Rerata (s.b) | Nilai p | Perbedaan Rerata (IK 95%) |
|---------------------------------------------------|---------------|---------|---------------------------|
| Kepuasan pasien asma secara umum | | | |
| Media Video | 70,21 (3,286) | 0,00 | 12,79 (8,285-17,310) |
| Media Leaflet | 57,42 (7,391) | | |
| Keterlibatan Pasien dan Keluarga | | | |
| Media Video | 14,29 (1,139) | 0,002 | 2,786 (1,146-4,425) |
| Media Leaflet | 11,50 (2,714) | | |
| Informasi dan Manajemen penyakit | | | |
| Media Video | 38,07 (1,979) | 0,00 | 7,071 (4,905-9,238) |
| Media Leaflet | 31,00 (3,303) | | |
| Kepuasan Informasi Jadwal Kontrol | | | |
| Media Video | 4,21 (0,699) | 0,143 | 0,464 (0,169-1,098) |
| Media Leaflet | 3,75 (0,866) | | |
| Informasi Pengobatan dan Efek Samping Obat | | | |
| Media Video | 13,64 (1,082) | 0,00 | 2,476 (1,248-3,704) |
| Media Leaflet | 11,74 (1,899) | | |

Dari tabel 5.5 didapatkan data bahwa hasil uji *Independent T Test* menunjukkan nilai p sebesar 0,00 dan perbedaan rerata sebesar 12,79. Nilai p <0,05 yang artinya terdapat perbedaan signifikan kepuasan pasien asma secara umum antara kelompok yang dilakukan edukasi menggunakan media video dengan kelompok yang dilakukan edukasi menggunakan media leaflet dengan perbedaan rerata 12,79.

Kepuasan keterlibatan pasien dan keluarga dalam perawatan mempunyai nilai p sebesar 0,02 artinya terdapat perbedaan yang signifikan kepuasan dalam hal pelibatan pasien dan keluarga dalam perawatan antara kelompok yang dilakukan edukasi menggunakan media video dengan kelompok yang dilakukan edukasi menggunakan media leaflet dengan perbedaan rerata 2,786.

Kepuasan pada pemenuhan informasi penyakit dan manajemen penyakit menunjukkan nilai p 0,00 artinya terdapat perbedaan yang signifikan kepuasan tentang pemenuhan informasi tentang penyakit dan untuk manajemen penyakit antara kelompok yang dilakukan edukasi menggunakan media video dengan kelompok yang dilakukan edukasi menggunakan media leaflet dengan perbedaan rerata 7,701.

Kepuasan pada informasi tentang jadwal kontrol dan bagaimana membuat janji dengan dokter menunjukkan nilai p 0,464 artinya tidak terdapat perbedaan yang signifikan kepuasan tentang pemenuhan informasi kontrol penyakit asma antara kelompok yang dilakukan edukasi menggunakan media video dengan kelompok yang dilakukan edukasi menggunakan media leaflet dengan perbedaan rerata 0,404.

Kepuasan pada informasi tentang pengobatan dan efek samping obat menunjukkan nilai p 0,00 artinya terdapat perbedaan yang signifikan kepuasan tentang pemenuhan informasi pengobatan dan efek samping obat asma antara kelompok yang dilakukan edukasi menggunakan media video dengan kelompok yang dilakukan edukasi menggunakan media leaflet dengan perbedaan rerata 2,476.

BAB 6**PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan dibahas mengenai pengaruh perencanaan pulang menggunakan media video terhadap kepuasan pasien asma di IGD RSUD Kota Malang. Kepuasan pasien asma yang dinilai merupakan kepuasan yang berhubungan dengan transisi perawatan yang meliputi: persepsi bahwa pasien dan keluarga merasa dilibatkan dalam perawatan, pemenuhan informasi tentang penyakit dan manajemen asma, pemenuhan informasi tentang waktu kontrol, dan pemenuhan informasi tentang pengobatan dan efek samping obat.

6.1 Kepuasan Terhadap Perencanaan Pulang Secara Umum

Kepuasan pasien adalah tanggapan pasien terhadap kesesuaian tingkat kepentingan atau harapan pasien sebelum menerima jasa pelayanan dengan sesudah menerima jasa layanan (Nursalam, 2016). Salah satu harapan pasien asma yang menjalani perawatan di IGD adalah kemampuan untuk mencegah kekambuhan setelah pulang (Utomo, 2014). Kekambuhan pasien asma dapat dicegah dengan melakukan transisi perawatan yang baik sebelum pasien pulang dari IGD menuju perawatan jangka panjang di rumah atau komunitas sehingga pasien dan keluarga memiliki pengetahuan yang baik dan mampu mengelola penyakit asma. Keberhasilan transisi perawatan dapat dicapai salah satunya dengan pemberian perencanaan pulang.

6.1.1a Kepuasan Pasien Asma Yang Dilakukan Perencanaan Pulang Menggunakan Media Video

Kepuasan terhadap perencanaan pulang pada pasien asma yang dilakukan diberikan edukasi menggunakan media video menunjukkan rata-rata 70,21 dari angka tertinggi nilai kuesioner yaitu 75. Data ini dapat diasumsikan bahwa kepuasan pasien berada pada posisi 93,7% dari semua kuesioner yang diisi oleh pasien yang artinya kepuasan pasien pada kelompok perlakuan ini sangat tinggi.

Beberapa hal yang berpengaruh terhadap kepuasan pasien dalam edukasi dengan media video bisa disebabkan karena media video mampu memberikan pengalaman yang tak terduga kepada pasien, memperlihatkan secara nyata sesuatu yang pada awalnya tidak mungkin bisa dilihat, menganalisis perubahan dalam periode waktu tertentu, memberikan pengalaman kepada peserta didik untuk merasakan suatu keadaan tertentu, dan menampilkan presentasi studi kasus tentang kehidupan sebenarnya yang dapat memicu diskusi pasien dan perawat (Notoatmodjo, 2010; Prastowo, 2012).

Responden dalam kelompok ini paling banyak berjenis kelamin perempuan dengan pendidikan terbanyak SMA, pekerjaan wiraswasta, dan 50% merupakan pasien kunjungan lama yang berarti bahwa responden merupakan pasien asma lama yang sering mengalami kekambuhan. Data tentang karakteristik responden ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara karakter pasien dengan kepuasan yang dirasakan oleh pasien dalam edukasi pemulangan dengan media video di Instalasi Gawat Darurat. Hal ini hampir sama dengan penelitian yang dilakukan di rumah sakit Izmir Turki pada tahun 2017 didapatkan hasil bahwa dari 198 pasien yang menjadi responden bahwa faktor

demografi tidak mempunyai hubungan yang signifikan terhadap kepuasan pasien dengan edukasi video.

6.1.2 Kepuasan Pasien Asma Yang Dilakukan Perencanaan Pulang Menggunakan Media Leaflet

Kepuasan terhadap perencanaan pulang pada pasien asma yang dilakukan diberikan edukasi menggunakan media leaflet menunjukkan rata-rata 57,42 dari angka tertinggi nilai kuesioner yaitu 75. Data ini dapat diasumsikan bahwa kepuasan pasien berada pada posisi 76,6% dari semua kuesioner yang diisi oleh pasien yang artinya kepuasan pasien pada kelompok perlakuan ini tinggi.

Menurut Simnett dan Ewles (dalam Falasifah, 2014) Leaflet sebagai salah satu media edukasi memiliki sejumlah keunggulan antara lain: efektif untuk pesan singkat, sederhana, murah. Selain itu penerima edukasi dapat belajar mandiri, karena dapat melihat isinya pada saat santai, dapat memberikan detail yang tidak mungkin bila disampaikan secara lisan, tetapi leaflet mempunyai beberapa kelemahan antara lain: mudah hilang dan rusak, tidak mempunyai efek gerak dan suara, serta dapat menjadi kertas percuma.

Responden dalam kelompok ini paling banyak berjenis kelamin perempuan dengan pendidikan terbanyak SMP, pekerjaan wiraswasta, dan 58% merupakan pasien kunjungan lama yang berarti bahwa responden merupakan pasien asma lama yang sering mengalami kekambuhan. Data tentang karakteristik responden ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara karakter pasien dengan kepuasan yang dirasakan oleh pasien dalam edukasi dengan media leaflet pemulangan di Instalasi Gawat Darurat.

6.1.3 Perbedaan Kepuasan Antara Pasien Asma Yang Dilakukan Perencanaan Pulang Menggunakan Media Video dengan Yang Diberikan Edukasi Menggunakan Media Leaflet

Perencanaan pulang di IGD dapat dioptimalkan dengan menggunakan berbagai media, diantaranya video dan leaflet yang disesuaikan dengan ketersediaan sumberdaya yang di rumah sakit. Hasil dari penelitian ini terdapat perbedaan signifikan kepuasan pasien asma yang diberikan edukasi menggunakan video dengan pasien yang diberikan edukasi menggunakan leaflet. Data ini menggambarkan bahwa edukasi dengan media video dalam perencanaan pulang mampu memberikan kepuasan lebih tinggi terhadap pasien asma yang dilakukan perawatan di IGD RSUD Kota Malang. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di salah satu rumah sakit di Turki pada pasien yang akan dilakukan tindakan pembiusan bahwa edukasi dengan menggunakan media video memberikan kepuasan yang lebih pada pasien setelah dilakukan operasi (Cakmak *et al.*, 2017).

Penelitian ini juga menunjukkan hasil yang sama dengan penelitian lain di *Memorial Hermann Hospital—Texas Medical Center* oleh Denny dkk pada 92 pasien stroke yang diberikan edukasi dengan video dalam perencanaan pulang memiliki tingkat kepuasan yang tinggi dengan perbedaan signifikan ($p < 0,01$) yang dinilai sebelum, sesudah, dan 30 hari setelah edukasi (Denny *et al.*, 2017).

Perbedaan kepuasan ini kemungkinan karena penderita asma yang sering menggunakan fasilitas kesehatan sudah sering dilakukan edukasi menggunakan leaflet. Penggunaan media video dianggap sebagai hal baru yang lebih menarik bagi pasien dan mampu menjawab keingintahuan pasien lebih mendalam tentang asma. Semua responden dalam penelitian ini menyatakan

baru pertama kali menyaksikan video yang berisi pendidikan tentang asma secara jelas dan lengkap didampingi petugas kesehatan yang memberi penjelasan tentang isi video yang disaksikan. Hasil ini juga sesuai dengan teori yang menjelaskan bahwa media video memiliki keunggulan dalam meningkatkan ketertarikan dan persepsi dalam edukasi dengan melibatkan lebih banyak indra, dan dapat diulang setiap saat (Notoatmodjo, 2010).

6.2 Kepuasan Pasien Asma Dalam Setiap Dimensi *Care Transition Measure*

Kepuasan pasien asma terhadap perencanaan pulang pada setiap dimensi dari *Care Transition Measure (CTM-15)* meliputi: persepsi pasien terhadap keterlibatannya dan keluarga dalam pelaksanaan perencanaan pulang, pemenuhan informasi tentang penyakit dan manajemen asma, pemenuhan informasi tentang kontrol penyakit, serta pemenuhan informasi tentang pengobatan dan efek samping obat asma.

6.2.1 Kepuasan Dilibatkan Dalam Perawatan

Kepuasan responden pada dimensi persepsi keterlibatan pasien dan keluarga dalam perawatan pasien didapatkan perbedaan signifikan antara pasien yang diberikan perencanaan pulang menggunakan media video dengan yang diberikan perencanaan pulang menggunakan media leaflet. Data ini menunjukkan penggunaan media video dapat meningkatkan kepuasan pasien asma karena persepsi lebih dilibatkannya pasien dan keluarga menjadi bagian dalam tim perawatan.

Keterlibatan adalah kondisi motivasi yang memberi energi dan mengarahkan proses kognitif dan afektif konsumen dan perilakunya saat mengambil keputusan (Peter, 2013). Keterlibatan juga berarti suatu kondisi yang

merupakan perwujudan motivasi yang dimunculkan dengan upaya mendekatkan diri pada pelayanan atau produk tertentu dalam suatu bentuk hubungan (Ferrinadewi, 2008). Tingginya keterlibatan pasien atau keluarga dapat dilihat dari berbagai aktivitas yang dilakukan seperti mencari informasi dengan bertanya kepada petugas kesehatan, sesama pasien, atau membandingkan layanan yang diterimanya saat ini dengan pengalaman sebelumnya.

Peter dan Olson (2013) menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi keterlibatan antara lain: relevansi diri internal dan relevansi diri situasional. Relevansi diri internal dari pelanggan meliputi konsep diri, nilai-nilai dasar, tujuan mencari pelayanan, kepribadian, dan keahlian, sedangkan relevansi diri situasional meliputi situasi saat memperoleh pelayanan, waktu, serta lingkungan fisik dan sosial. Beberapa kondisi yang menjadi pemicu keterlibatan antara lain: persepsi pasien dan keluarga sebagai pelanggan akan pentingnya layanan, persepsi pasien dan keluarga akan nilai-nilai dirinya yang dapat direfleksikan dalam layanan, persepsi akan nilai kenyamanan, persepsi pasien dan keluarga akan resiko yang mungkin terjadi (Ferrinadewi, 2008).

Penelitian yang dilakukan di RSUD Surakarta menunjukkan bahwa peran keluarga sangat penting dalam pencegahan kekambuhan asma (Riyanto, 2016). Dalam penelitian tersebut didapatkan hubungan signifikan dengan arah negatif, yang berarti bahwa semakin rendah keterlibatan atau partisipasi keluarga, semakin tinggi tingkat kekambuhan pasien asma). Kepuasan dengan media video lebih tinggi kemungkinan bisa disebabkan oleh keterlibatan atau peran serta keluarga dalam pencegahan kekambuhan asma. Keterlibatan pasien dan keluarga dalam manajemen asma juga menjadi hal mutlak yang harus ada untuk mencapai tujuan perencanaan pulang (AHRQ, 2013).

Dalam penelitian ini tingginya kepuasan responden tentang keterlibatannya dan keluarga dalam perawatan sangat berhubungan dengan perasaan mereka akan pentingnya informasi dalam video yang disajikan, serta kenyamanan bahwa keluarga diberikan kesempatan bersama dengan pasien untuk menyaksikan video tentang penyakit yang diderita dan kesempatan yang luas untuk bertanya. Hal ini dibuktikan dengan adanya korelasi yang kuat antara persepsi keterlibatan dalam penelitian dengan perasaan puas pada pemenuhan informasi tentang penyakit dan manajemen asma dengan korelasi positif yang artinya semakin tinggi keterlibatan pasien dan keluarga semakin tinggi perasaan puas pada pemahaman tentang penyakit, manajemen penyakit, pengobatan, dan efek samping obat.

Faktor internal yang dapat mempengaruhi perasaan puas dalam hal ini adalah kebersamaan pasien dan keluarga dalam menyaksikan video yang diputar sehingga baik pasien dan keluarga akan sama-sama terbawa ke dalam situasi kedekatan dan memiliki waktu yang sama untuk menyampaikan pendapat, meminta penjelasan kepada petugas kesehatan, serta mengingat kembali apa yang telah mereka lakukan sebelumnya dalam perawatan pasien asma. Keadaan ini bisa jadi diperkuat tampilan video yang menunjukkan bahwa pasien dan keluarga mempunyai peranan yang sangat penting dalam manajemen penyakit asma.

Faktor eksternal yang ada antara lain, perawat IGD yang memberikan kesempatan kepada keluarga untuk menemani pasien selama sesi edukasi. Waktu pelayanan yang terbatas dan situasi lingkungan IGD memungkinkan terjadi perubahan suasana perawatan secara mendadak karena besarnya kemungkinan kedatangan pasien lain dalam jumlah tidak terduga dan dalam

keadaan gawat yang menuntut perawat meninggalkan pasien asma yang sedang diberikan edukasi untuk memberikan pertolongan pada pasien yang lebih gawat.

Dalam kondisi seperti ini pasien dan keluarga tetap bisa menyelesaikan pembelajaran dengan menyaksikan video sampai perawat atau dokter bisa kembali memberikan edukasi setelah melayani pasien yang lain.

6.2.2 Pemenuhan Informasi Tentang Penyakit dan Manajemen Asma

Kepuasan responden pada dimensi pemenuhan informasi tentang penyakit dan manajemen asma didapatkan perbedaan yang sangat signifikan.

Data ini menunjukkan bahwa kelompok yang diberikan perencanaan pulang menggunakan media video merasa mendapatkan kepuasan karena informasi/pemahaman yang lebih baik tentang penyakit dan bagaimana cara manajemen asma dari pada kelompok yang diberikan perencanaan pulang menggunakan leaflet.

Pengetahuan tentang penyakit kronis dapat diperoleh seseorang melalui proses belajar baik melalui proses edukasi di rumah sakit, membaca literatur, ataupun belajar dari pengalaman sebelumnya karena sering mengalami gejala dan kontak dengan layanan kesehatan. Dengan media audio visual yang melibatkan indera pendengaran dan penglihatan mampu menampilkan sesuatu yang detail dan tidak bisa dilihat melalui pengamatan langsung sehingga memberikan kepuasan yang lebih kepada responden.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Elyssa dkk di *Pediatric Emergency Department Inova Loudoun Hospital* dengan membandingkan penambahan instruksi pemulangan menggunakan media video dan media standar (Wood et al., 2017). Dalam penelitian ini didapatkan hasil akhir bahwa penambahan media video dalam perencanaan pulang mempunyai

skor yang lebih tinggi pada pengetahuan dan pemahaman *care giver* tentang penyakit dan intruksi yang diberikan daripada penambahan dengan media lisan dan tertulis.

Penelitian di *Memorial Hermann Hospital—Texas Medical Center* oleh Denny dkk pada 92 pasien stroke yang diberikan edukasi dengan video dalam perencanaan menunjukkan peningkatan pengetahuan tentang stroke dengan ($p < 0,04$) yang dinilai sebelum, sesudah, dan 30 hari setelah edukasi. Peningkatan pengetahuan pada penelitian ini tidak dipengaruhi oleh perbedaan usia, jenis kelamin, pendapatan, tingkat pendidikan, tingkat keparahan stroke (Denny *et al.*, 2017).

Kepuasan dalam hal informasi dengan media video diungkapkan oleh beberapa responden karena mereka dapat menyaksikan secara utuh alur cerita yang menggambarkan penyakit asma. Pasien dapat membandingkan secara nyata apa yang disajikan dalam video dengan pengalaman yang selama ini mereka alami sebagai penderita asma. Pasien juga mengungkapkan menemukan hal baru yang selama ini tidak disadari sebagai pemicu dari serangan asma yang diserita sehingga seringkali mengalami kekambuhan.

6.2.3 Pemenuhan Informasi Tentang Kontrol

Kepuasan responden tentang informasi kapan harus kontrol dan bagaimana membuat janji untuk kontrol tidak ada beda signifikan antara kedua kelompok. Hal ini menggambarkan baik pada kelompok media video maupun media leaflet memiliki kepuasan yang relatif sama dalam hal informasi tentang kapan harus melakukan kontrol, tempat kontrol, dan bagaimana membuat janji dengan dokter.

Penjelasan tentang waktu dan tempat kontrol dilakukan oleh perawat di IGD RSUD Kota Malang diberikan pada saat pasien akan pulang bersamaan dengan memberikan surat pengantar untuk kontrol. Pasien juga dijelaskan tempat yang bisa dituju untuk melakukan kontrol penyakit serta prosedur saat kontrol terutama pasien yang melakukan pembayaran dengan pembiayaan asuransi kesehatan.

Tidak adanya perbedaan signifikan pada informasi tentang kontrol ini memang wajar karena apa yang dijelaskan dan dibawa oleh pasien pada saat meninggalkan IGD pada kedua kelompok adalah sama, yaitu surat kontrol yang berisi riwayat singkat penyakit saat di IGD, kondisi saat keluar IGD, jenis obat yang diberikan, tanggal dan tujuan kontrol, serta surat pengantar pemeriksaan yang harus dilakukan oleh pasien sebelum melakukan kunjungan untuk kontrol.

6.2.4 Pemenuhan Informasi tentang Pengobatan dan Efek Samping Obat

Kepuasan dalam hal pemenuhan informasi atau pemahaman pasien tentang pengobatan dan efek samping obat didapatkan perbedaan signifikan kepuasan antara dua kelompok. Ini menggambarkan bahwa pemberian edukasi dengan media video mampu memerikan kepuasan lebih dari pada media leaflet pada pasien asma terhadap pemahaman bagaimana pengobatan asma dan efek samping yang kemungkinan dapat disebabkan dalam penggunaan obat asma.

Efek samping obat pada pengobatan asma sulit dihindari karena penggunaan obat dalam jangka panjang untuk mengontrol dan meredakan serangan yang muncul. Pengetahuan yang baik tentang efek samping dan cara penanganannya sangat diperlukan untuk menjamin bahwa pasien mengenali tanda awal munculnya efek samping, melakukan penanganan, sehingga keteraturan minum obat dapat dijaga.

Pada saat penelitian dilakukan didapatkan data bahwa obat yang diberikan oleh dokter di IGD pada saat serangan asma adalah berbentuk nebulizer yang kadang dikombinasikan dengan pemberian secara intravena melalui infus untuk meredakan serangan akut. Setelah pasien stabil dan dinyatakan boleh pulang ditambahkan resep obat oral untuk beberapa hari, dan pasien disarankan untuk meneruskan pengobatan ke poliklinik paru atau puskesmas dengan membawa surat kontrol yang didalamnya sudah tertulis obat yang digunakan di IGD.

Penjelasan tentang pengobatan di RSUD Kota Malang diberikan oleh petugas farmasi pada saat pengambilan obat di apotek atau apoteker yang datang ke ruang perawatan bagi pasien rawat inap. Belum ada petugas farmasi yang datang ke IGD untuk memberikan penjelasan khusus tentang pengobatan, sehingga pasien asma yang berobat ke IGD tergantung dari informasi dari perawat atau dokter dan keluarga yang melakukan pengambilan obat ke apotek.

Perbedaan kepuasan pada dimensi ini bisa jadi didapatkan karena pasien dapat melihat dengan jelas dalam video jenis obat yang tersedia di rumah sakit dan yang selama ini mereka konsumsi. Pasien juga dapat belajar sendiri bagaimana menggunakan inhaler yang benar dengan membandingkan yang selama ini dikerjakan. Tampilan reaksi yang terjadi pada penderita yang mengalami efek samping obat serta perubahan pada tenggorokan yang tidak bisa dilihat dengan mata mampu memberikan pemahaman yang lebih pada pasien.

Penelitian yang dilakukan di Helsinki tahun 2018 menunjukkan data bahwa penggunaan media video lebih efisien sebagai media edukasi pada penggunaan obat inhaler (Schantz *et al*, 2018). Pada penyakit lain seperti

hipertensi penggunaan media video juga terbukti meningkatkan kepatuhan minum obat, seperti penelitian yang dilakukan di Puskesmas Lerep dan Klinik Gracia (Ungaran) dengan perbedaan kepatuhan yang signifikan (Oktianti *et al.*, 2019). Hal ini menunjukkan bahwa penggunaan media video dalam edukasi perencanaan pulang baik pada penderita asma maupun penyakit kronis lainnya dapat meningkatkan kepuasan pasien karena sangat efisien dan berpengaruh pada kepatuhan minum obat untuk manajemen penyakit jangka panjang.

6.3 Implikasi Penelitian

6.3.1 Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan penelitian ini dapat dijadikan pertimbangan untuk mempersiapkan mahasiswa bagaimana meningkatkan penggunaan media komunikasi dalam edukasi pasien baik di rumah sakit maupun komunitas di era penggunaan teknologi digital yang semakin pesat.

6.3.2 Bagi Pelayanan Keperawatan

Perawat diharapkan mempunyai pengetahuan yang lebih serta berinovasi dalam penyusunan perencanaan pulang dengan menggunakan media berbasis teknologi karena perawat merupakan staff kesehatan yang paling banyak dan paling lama kontak dengan pasien sehingga akan berdampak positif bagi kepuasan pasien dan kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit.

6.4 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini antara lain, ketidakmampuan peneliti dalam mengontrol situasi edukasi di IGD, sehingga ada beberapa pasien yang

dilakukan edukasi di meja perawat dan beberapa pasien dilakukan edukasi di tempat tidur IGD karena hal ini pasti berdampak pada kenyamanan pasien dan keluarga dalam proses edukasi.



BAB 7**PENUTUP**

Bedasarkan hasil penelitian dan pembahasan pengaruh perencanaan pulang menggunakan media video terhadap kepuasan pasien asma di IGD RSUD Kota Malang dapat diambil kesimpulan dan saran sebagai berikut:

7.1 Kesimpulan

7.1.1 Ada perbedaan signifikan secara statistik kepuasan terhadap perencanaan pulang antara pasien asma yang diedukasi menggunakan media video dengan yang diedukasi menggunakan leaflet.

7.1.2 Media video lebih memuaskan dari pada leaflet saat digunakan untuk memberikan edukasi dalam perencanaan pulang pasien asma di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Malang.

7.2 Saran**7.2.1 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan**

7.2.1.1 Melakukan inovasi untuk meningkatkan kenyamanan dengan menggunakan media video dalam pelayanan dan edukasi pasien asma, dengan mengutamakan keterlibatan pasien dan keluarga, memperhatikan pemahaman tentang penyakit dan manajemen asma, membuat formulir kontrol yang mudah dipahami, serta meningkatkan peran serta petugas farmasi dalam konseling pengobatan di IGD.

7.2.1.2 Menyediakan ruangan khusus yang digunakan untuk melaksanakan edukasi kepada pasien dan keluarga untuk meningkatkan kenyamanan dalam proses edukasi kesehatan.

7.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Melakukan penelitian lanjutan yang berhubungan dengan perencanaan pulang pada semua golongan umur serta meneliti pengaruh edukasi dengan tingkat kekambuhan penyakit dengan melakukan pengukuran sebelum dan sesudah perlakuan.



DAFTAR PUSTAKA

AHRQ. (2013). Strategy 4: IDEAL Discharge Planning (Implementation Handbook) Guide to Patient and Family Engagement.

Asthma UK. (2019). *Asthma facts and statistics* (<https://www.asthma.org.uk/about/media/facts-and-statistics/>, diakses 26 April 2019)

Aswad, S., Mulyadi, & Lolong, J. (2015). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Rsud Dr. H. Chasan Boesoerie Ternate. *Jurnal Keperawatan*, 3(2), 1–8. Retrieved from <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/8086>

Bayes, H. K., & Thomson, N. C. (2016). Acute severe asthma in adults Key points. *Medicine*, 44(5), 297–300. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.02.012>

Birjandi, A., & Bragg, L. M. (2009). *Discharge Planning Handbook for Healthcare*. Taylor & Francis Group (Vol. 6).

Camargo, C. A., Rachelefsky, G., & Schatz, M. (2009). Managing Asthma Exacerbations in the Emergency Department: Summary of the National Asthma Education and Prevention Program Expert Panel Report 3 Guidelines for the Management of Asthma Exacerbations. *Journal of Emergency Medicine*, 37(2 SUPPL.). <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2009.06.105>

Cakmak, M., Kose, I., Zinzircioglu, C., Karaman. Y. (2017) Effect of video-based education on anxiety and satisfaction of patients undergoing spinal anesthesia. *Rev Bras Anesthesiol*. 2018;68(3):274---279 <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.01.004>

Commission, J. (2012). HOT TOPICS IN HEALTH CARE Transitions of Care : The need for a more effective approach to continuing patient care The need for a more effective approach to continuing patient care.

Dahlan, M.S. (2014) *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Epidemiologi Indonesia

Danim, S. (2008) *Media Komunikasi Pendidikan, Pelayanan Profesional Pembelajaran dan Mutu Hasil Belajar*. Jakarta: Bumi Aksara

Darmawan, D & Abdulhak, I. (2013) *Teknologi Pendidikan*. Bandung: Remaja Rosdakarya

Depkes. (2009). *Buku Pedoman Asma.Pdf*. Jakarta.

Denny, M.C., Vahidi, F., Sharief, A.Z., & Savitz, S. I. (2017). Video-based educational intervention associated with improved stroke literacy, self-efficacy, and patient satisfaction. *PLoS ONE* 12(3): e0171952. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171952>.

Ferrinadewi. (2008) *Merek dan Psikologi Konsumen, Implikasi pada Strategi Pemasaran*. Yogyakarta: Graha Ilmu

GINA. (2019). GLOBAL STRATEGY FOR Global Strategy for Asthma Management and Prevention.

Gozdzialski, A., Schlutow, M., & Pittiglio, L. (2012). Patient And Family Education In The Emergency Department: How Nurses. *YMEN*, 38(3), 293–295. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.12.014>

Haryono, B. (2013). *How To Manage Costumer Voice*. (Hernita, Ed.). Yogyakarta: ANDI.

Hodder, R., Lougheed, M. D., Rowe, B. H., FitzGerald, J. M., Kaplan, A. G., & McIvor, R. A. (2010). Management of acute asthma in adults in the emergency department: Nonventilatory management. *Cmaj*, 182(2). <https://doi.org/10.1503/cmaj.080072>

Ichinose, M., Sugiura, H., Nagase, H., Yamaguchi, M., Yamauchi, K., Ohta, K., & Japanese, T. (2017). Allergology International Japanese guidelines for adult asthma 2017. *Allergology International*, 66(2), 163–189. <https://doi.org/10.1016/j.alit.2016.12.005>

Imelda, S., Yunus, F., & Wiyono, W. H. (2007). Hubungan Derajat Asma dengan Kualitas Hidup yang Dinilai dengan Asthma Quality of Life Questionnaire, 435–445.

Johns Hopkins University. (2014). Improving the emergency department discharge process: environmental scan report. *AHRQ Publication*, No. 14(15)-0067-EF. Retrieved from papers3://publication/uuid/5EAF4F12-9C59-4C3B-8617-090063250481

Kotler, P., & Keller, K. L. (2009). *Manajemen Pemasaran* (13th ed.). Jakarta: Erlangga.

Kusumaningrum, B. R. (2012). Rencana Tindakan Tertulis Pasien Asma (Written Asthma Action Plans: Waaps) Sebagai Panduan Edukasi Untuk Menjanjangan, 3(2), 144–149. Retrieved from <http://jik.ub.ac.id/index.php/jik/article/view/42>

Laura, & Arnold, J. (2017). Evidence Summary for the Transitional Care Model, 1(November), 1–6.

Lin, C., Cheng, S., Shih, S., Chu, C., & Tjung, J. (2012). Discharge Planning of Patients with Asthma. *International Journal of Gerontology*, 6(4), 237–240. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2012.05.001>

Malik, H., Shakshuki, E. M., & Katuku, S. (2017). ScienceDirect ScienceDirect The 8th International Conference on Ambient Systems, Networks and Technologies Exploring the Relationship Between Version Updates and Exploring the Relationship Between Version Updates and Downloads of Asthma Mob. *Procedia Computer Science*, 109(2016), 624–631. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2017.05.368>

Muharrom, S. B. (2018). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Menggunakan Media Written Asthma Action Plans (WAAPS) Terhadap Pengetahuan dan Pencegahan Kekambuhan Pada Penderita Asma di BBKPM Surakarta. *Director*, 15(2), 2017–2019. <https://doi.org/10.22201/fq.18708404e.2004.3.66178>

Muhrer, J. C. (2018). Update on Diagnosis and Management of Severe Asthma. *Journal for Nurse Practitioners*, 14(7), 520–525. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.04.003>

National Asthma Council Australia. (2014). *My Asthma Guide, My Handbook For Managing Asthma*.

National Institute of Health. (2013). So You Have Asthma! A Guide For Patients And Their Families, *Annals of Internal Medicine*, 64(4), 969. https://doi.org/10.7326/0003-4819-64-4-969_4

Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta

Office for National Statistics, (2019). *Deaths from asthma, COPD, England and Wales, 2001-2017 occurrences*. <https://www.ons.gov.uk/releases/deathregistrationsinenglandandwalessummarytables2016>, diakses 26 April 2019

Oemiati, R., Sihombing, M., & Qomariah. (2010). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penyakit Asma di Indonesia. *Media Litbang Kesehatan*, 20(1), 41–50. Retrieved from <https://www.neliti.com/publications/179180/faktor-faktor-yang-berhubungan-dengan-penyakit-asma-di-indonesia>

Okoronkwo, S. M. (2014). Transitions of Care : Investigating Patient experience in the Transition from Inpatient Hospitalization to Outpatient Follow-up. <https://nmfonline.org/wp-content/uploads/2016/02/Okoronkwo-Serena-Paper.pdf> di akses 25 Agustus 2019

Oktianti, D., Furdianti, N., H., Karminingtyas, S. R., (2019). Pengaruh Pemberian Informasi Obat Dengan Media Video Terhadap Kepatuhan

Minum Obat Pasien Hipertensi Di Ungaran. *Indonesian Journal of Pharmacy and Natural Product*, Volume 02, Nomor 02, September 2019
<http://jurnal.unw.ac.id/index.php/ijpnp>.

Peter, J.Paul & Olson, Jerry.C. (2013). *Perilaku Konsumen dan Strategi Pemasaran*. Jakarta: Salemba Medika

Riskesdas. (2018). *HASIL UTAMA RISKESDAS 2018*, Kementerian Kesehatan RI. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

Riyadi, T. (2016) *Hubungan Peran Keluarga Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Asma di RSUD Kota Surakarta*. Tugas Akhir. Tidak diterbitkan. Stikes Kusuma Husada, Surakarta. 2016.
<http://www.digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/30/01-qdl-totokriyad-1500-1-skripsi-k.pdf>

Rofii, M. (2011). *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perencanaan Pulang Pada Perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*. Tesis. Tidak diterbitkan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Jakarta. 2011.

Schantz, S.V., Katajavuori, N. Juppo, A. M. (2018) The Use of Video Instructions in Patient Education Promoting Correct Technique for Dry Powder Inhalers: An Investigation on Inhaler-Naïve Individuals. *Pharmacy* 2018, 6, 106; doi:10.3390. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30274303>

Stack, A. M., & Porter, S. C. (2012). Effective Discharge Communication in the Emergency. *YMEM*, 60(2), 152–159.
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.10.023>

Stevens, L., Fry, M., Browne, M., & Barnes, A. (2019). Fast track patients' satisfaction, compliance and confidence with emergency department discharge planning. *Australasian Emergency Care*, 1–5.
<https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.01.004>

Usman, I., Chundrayetti, E., & Khairsyaf, O. (2015). Faktor Risiko dan Faktor Pencetus yang Mempengaruhi Kejadian Asma pada Anak di RSUD Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Fakultas Kedokteran Unand*, 4(2), 392–397. Retrieved from www.google.scholar.com

Utomo, K. (2014). Pengalaman Pasien Dengan Serangan Asma di IGD RSUD Karanganyar, 57, 1–9.
<http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/26/01-gdl-kurniawana-1274-1-artikelk-i.pdf>

Wood, E. B., Harrison, G., Stinson, S., Rovelli, E., McReynolds, S., & Presgrave, K. (2017). Practice Improvement Evidence - Based Practice: Video - Discharge Instructions In The. *Journal of Emergency Nursing*, 43(4), 316–321. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.11.003>

Lampiran 1. Jadwal Bimbingan dan Penelitian

JADWAL KEGIATAN BIMBINGAN TUGAS AKHIR

| NO | KEGIATAN | Feb'19 | Mar'19 | Apr'19 | Mei'19 | Juni'19 | Juli'19 | Agt'19 | Sept'19 | Okt'19 | Nov-19 | Des 19 |
|----|----------------------------------------|--------|----------------------|--------|--------|---------|---------|--------|---------|--------|--------|--------|
| | | 1 | PERSIAPAN PENELITIAN | | | | | | | | | |
| | a. Pengajaran topik penelitian | | | | | | | | | | | |
| | b. Pengajaran pembimbing KTI/BAB 1 | | | | | | | | | | | |
| | c. Penelusuran bahan pustaka/BAB 2 | | | | | | | | | | | |
| | d. Studi pendahuluan | | | | | | | | | | | |
| | e. Bimbingan BAB 3 | | | | | | | | | | | |
| | f. Bimbingan BAB 4 | | | | | | | | | | | |
| | g. Penyusunan proposal penelitian | | | | | | | | | | | |
| | h. Ujian proposal penelitian | | | | | | | | | | | |
| 2 | Pelaksanaan Penelitian | | | | | | | | | | | |
| | a. Pengumpulan data | | | | | | | | | | | |
| | b. Pengolahan dan analisa data | | | | | | | | | | | |
| | c. Penyusunan laporan hasil penelitian | | | | | | | | | | | |
| 3 | Penyajian data hasil penelitian | | | | | | | | | | | |

Pembimbing 1

Dr. Kuswantoro Rusca P., S.Kp., M.Kep
NIP. 197905222005021005

Pembimbing 2

Ns. Bintari Ratih K., S.Kep., M.Kep
NIP. 2013098604092001

Mahasiswa

Suwoto
NIM. 185070209111022

Lampiran 2. Penjelasan Mengikuti Penelitian

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya Suwoto mahasiswa Universitas Brawijaya Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran dengan ini meminta Bapak/ibu/sdr untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul Pengaruh Perencanaan Pulang Menggunakan Media Video Terhadap Kepuasan Pasien Asma di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Malang
2. Tujuan penelitian ini adalah Mengetahui kepuasa pasien asma setelah dilakukan edukasi pemulangan dengan media video pada saat menjalani perawatan di IGD RSUD Kota Malang dapat memberi manfaat untuk memilih metode yang paling sesuai merencanakan/mempersiapkan pasien asma dalam mengelola penyakitnya setelah mengalami kekambuhan dan menjalani perawatan di IGD.
3. Penelitian ini akan berlangsung selama 2 bulan secara keseluruhan (\pm 1 jam dalam pengambilan data setiap responden) dengan bahan penelitian berupa pernyataan pasien terhadap pelaksanaan perencanaan pulang di IGD yang akan diambil dengan cara mengisi kuesioner tentang kepuasan terhadap perencanaan pulang (pengukuran transisi perawatan).
4. Keuntungan yang Bapak/ibu/sdr peroleh dengan keikutsertaan Bapak/ibu/sdr adalah mengetahui informasi tentang penyakit asma untuk membantu anda dan keluarga mandiri dalam perawatan di rumah dan mencegah terjadinya kekambuhan .
Manfaat langsung yang Bapak/ibu/sdr peroleh ialah mendapatkan informasi dan pengetahuan yang baik dan benar tentang perawatan penyakit asma
Manfaat tidak langsung yang dapat diperoleh adalah membantu rumah sakit untuk menyediakan metode pendidikan kesehatan yang sesuai dengan harapan pasien.
5. Ketidaknyamanan/ resiko yang mungkin muncul yaitu tidak ada.
6. Pada penelitian ini, prosedur pemilihan subjek yaitu pasien asma yang berusia 14 tahun atau lebih yang telah menjalani perawatan di Instalasi Gawat Darurat dalam keadaan stabil serta diperbolehkan untuk pulang.

Mengingat Bapak/ibu/sdr memenuhi kriteria tersebut, maka peneliti meminta kesediaan Bapak/ibu/sdr untuk mengikuti penelitian ini setelah penjelasan penelitian ini diberikan.

7. Prosedur pengambilan sampel adalah anda mengisi kuesioner tentang kepuasan terhadap perencanaan pulang cara ini mungkin menyebabkan anda menyediakan waktu untuk mengisi kuesioner tetapi Bapak/ibu/sdr tidak perlu kuatir karena pengisian dilakukan setelah anda pulang dari rumah sakit dan dalam keadaan stabil.
8. Setelah Bapak/ibu/sdr menyatakan kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini, maka peneliti memastikan Bapak/ibu/sdr dalam keadaan sehat
9. Sebelum pengisian kuisisioner/ wawancara, peneliti akan menerangkan cara mengisi kuisisioner kepada Bapak/ibu/sdr, selama 30 menit dengan cara mencontreng (√) pada kolom yang disediakan sesuai dengan pengalaman yang Bapak/ibu/sdr alami dengan menggunakan tinta hitam.
10. Selama pengisian kuisisioner / wawancara, diperkenankan bagi Bapak/ibu/sdr untuk menanyakan apabila ada yang belum dipahami dari isi kuisisioner.
11. Setelah mengisi kuisisioner / wawancara, Bapak/ibu/sdr dapat melakukan tukar pengalaman dan tanya jawab dengan peneliti seputar penyakit asma yang anda derita
12. Bapak/ibu/sdr dapat memberikan umpan balik dan saran pada peneliti terkait dengan proses pengambilan data dengan kuisisioner / wawancara baik selama maupun setelah proses pengisian kuisisioner / wawancara secara langsung pada peneliti.
13. Jika Bapak/ibu/sdr menyatakan bersedia menjadi responden namun disaat penelitian berlangsung anda ingin berhenti, maka Bapak/ibu/sdr dapat menyatakan mengundurkan diri atau tidak melanjutkan ikut dalam penelitian ini. Tidak akan ada sanksi yang diberikan kepada Bapak/ibu/sdr terkait hal tersebut.
14. Nama dan jati diri Bapak/ibu/sdr akan tetap dirahasiakan, sehingga diharapkan Bapak/ibu/sdr tidak merasa khawatir dan dapat mengisi kuisisioner sesuai kenyataan dan pengalaman Bapak/ibu/sdr yang sebenarnya.
15. Jika Bapak/ibu/sdr merasakan ketidaknyamanan atau dampak karena mengikuti penelitian ini, maka Bapak/ibu/sdr dapat menghubungi peneliti yaitu Suwoto No. Telp. 081232171373.

16. Perlu Bapak/ibu/sdr ketahui bahwa penelitian ini telah mendapatkan persetujuan kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, sehingga Bapak/ibu/sdr tidak perlu khawatir karena penelitian ini akan dijalankan dengan menerapkan prinsip etik penelitian yang berlaku.
17. Hasil penelitian ini kelak akan dipublikasikan namun tidak terdapat identitas Bapak/ibu/sdr dalam publikasi tersebut sesuai dengan prinsip etik yang diterapkan.
18. Peneliti akan bertanggung jawab secara penuh terhadap kerahasiaan data yang Bapak/ibu/sdr berikan dengan menyimpan data hasil penelitian yang hanya dapat diakses oleh peneliti
19. Jika Bapak/ibu/sdr bersedia menjadi partisipan penelitian ini, maka peneliti akan memberi tanda terima kasih berupa bingkisan berupa termos mini seharga Rp 50.000

Peneliti Utama

(.....)

Lampiran 3. Persetujuan partisipasi (*Informed Consent*)

Pernyataan Persetujuan untuk

Berpartisipasi dalam Penelitian

Saya yang bertandatangan dibawah ini meyakini bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar penjelasan dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia untuk ikut

serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul **Pengaruh Perencanaan Pulang Menggunakan Media Video Terhadap Kepuasan Pasien Asma di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Malang.**

Malang, ,

Peneliti

Yang membuat pernyataan

(Suwoto)

(.....)

NIM: 185070209111022

Saksi I

Saksi II

(.....)

(.....)



Lampiran 4. Kuesioner Penelitian Kepuasan Pasien Terhadap Perencanaan Pulang (*Care Transitions Measure-15*)

Lakukan pengisian kuesioner dengan memberikan tanda centeng (√) pada kolom sebelah kanan di bawah angka 1-5 sesuai dengan persepsi anda pada saat dilakukan perawatan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Malang, dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1: Sangat tidak setuju (Sangat tidak puas) 2: Tidak setuju (Tidak puas) 3: Biasa (Sulit dilakukan) 4: Setuju (Puas) 5: Sangat setuju (Sangat puas)

| Pernyataan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Sebelum saya meninggalkan rumah sakit, petugas rumah sakit dan saya sepakat tentang tujuan kesehatan yang jelas bagi saya dan bagaimana ini akan tercapai | | | | | |
| 2. Petugas rumah sakit mempertimbangkan pemahaman dan harapan saya dan keluarga atau pengasuh saya dalam memutuskan apa kebutuhan perawatan kesehatan saya ketika saya meninggalkan rumah sakit. | | | | | |
| 3. Petugas rumah sakit mempertimbangkan pemahaman saya dan keluarga atau pengasuh saya dalam memutuskan di mana kebutuhan perawatan kesehatan saya akan dipenuhi ketika saya meninggalkan rumah sakit. | | | | | |
| 4. Ketika saya meninggalkan rumah sakit, saya memiliki semua informasi yang saya butuhkan untuk dapat mengurus diri sendiri. | | | | | |
| 5. Ketika saya meninggalkan rumah sakit, saya benar-benar mengerti bagaimana mengatur kesehatan saya. | | | | | |
| 6. Ketika saya meninggalkan rumah sakit, saya dengan jelas memahami tanda-tanda dan gejala-gejala peringatan yang seharusnya saya perhatikan untuk memantau kondisi kesehatan. | | | | | |
| 7. Ketika saya meninggalkan rumah sakit, saya punya rencana tertulis yang mudah dibaca dan mudah dipahami yang menggambarkan bagaimana semua kebutuhan perawatan kesehatan saya akan dipenuhi. | | | | | |

| | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| <p>8. Ketika saya meninggalkan rumah sakit, saya memiliki pemahaman yang baik tentang kondisi kesehatan saya dan apa yang membuatnya lebih baik atau lebih buruk.</p> | | | | | |
| <p>9. Ketika saya meninggalkan rumah sakit, saya memiliki pemahaman yang baik tentang hal-hal yang menjadi tanggung jawab saya untuk mengelola kesehatan.</p> | | | | | |
| <p>10. Ketika saya meninggalkan rumah sakit, saya yakin bahwa saya tahu apa yang harus dilakukan untuk mengelola kesehatan.</p> | | | | | |
| <p>11. Ketika saya pulang, saya yakin saya benar-benar bisa melakukan hal-hal yang perlu saya lakukan untuk menjaga kesehatan.</p> | | | | | |
| <p>12. Ketika saya meninggalkan rumah sakit, saya memiliki daftar janji (surat kontrol, rencana pemeriksaan) tertulis yang jelas dan mudah dipahami yang harus saya kerjakan dalam beberapa minggu ke depan.</p> | | | | | |
| <p>13. Ketika meninggalkan rumah sakit, saya dengan jelas memahami tujuan/manfaat untuk penggunaan masing-masing obat saya.</p> | | | | | |
| <p>14. Ketika saya meninggalkan rumah sakit, saya benar-benar mengerti cara meminum masing-masing obat, termasuk berapa banyak yang harus saya konsumsi dan kapan.</p> | | | | | |
| <p>15. Ketika saya meninggalkan rumah sakit, saya dengan jelas memahami kemungkinan efek samping dari masing-masing obat saya.</p> | | | | | |

Lampiran 5. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

| Correlations | | |
|--------------|---------------------|--------|
| | | ttl |
| q1 | Pearson Correlation | .904** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 |
| | N | 13 |
| q2 | Pearson Correlation | .799** |
| | Sig. (2-tailed) | .001 |
| | N | 13 |
| q3 | Pearson Correlation | .847** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 |
| | N | 13 |
| q4 | Pearson Correlation | .859** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 |
| | N | 13 |
| q5 | Pearson Correlation | .844** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 |
| | N | 13 |
| q6 | Pearson Correlation | .765** |
| | Sig. (2-tailed) | .002 |
| | N | 13 |
| q7 | Pearson Correlation | .658* |
| | Sig. (2-tailed) | .014 |
| | N | 13 |
| q8 | Pearson Correlation | .874** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 |
| | N | 13 |
| q9 | Pearson Correlation | .932** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 |
| | N | 13 |
| q10 | Pearson Correlation | .832** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 |
| | N | 13 |
| q11 | Pearson Correlation | .779** |
| | Sig. (2-tailed) | .002 |
| | N | 13 |
| q12 | Pearson Correlation | .851** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 |
| | N | 13 |
| q13 | Pearson Correlation | .953** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 |
| | N | 13 |
| q14 | Pearson Correlation | .940** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 |
| | N | 13 |
| q15 | Pearson Correlation | .870** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 |
| | N | 13 |
| ttl | Pearson Correlation | .1 |
| | Sig. (2-tailed) | |
| | N | 13 |

** . Correlation is significant at the 0.01

* . Correlation is significant at the 0.05

Case Processing Summary

| Cases | | N | % |
|-------|-----------------------|-------|-------|
| | | Valid | 13 |
| | Excluded ^a | 0 | .0 |
| | Total | 13 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .971 | 15 |

Item-Total Statistics

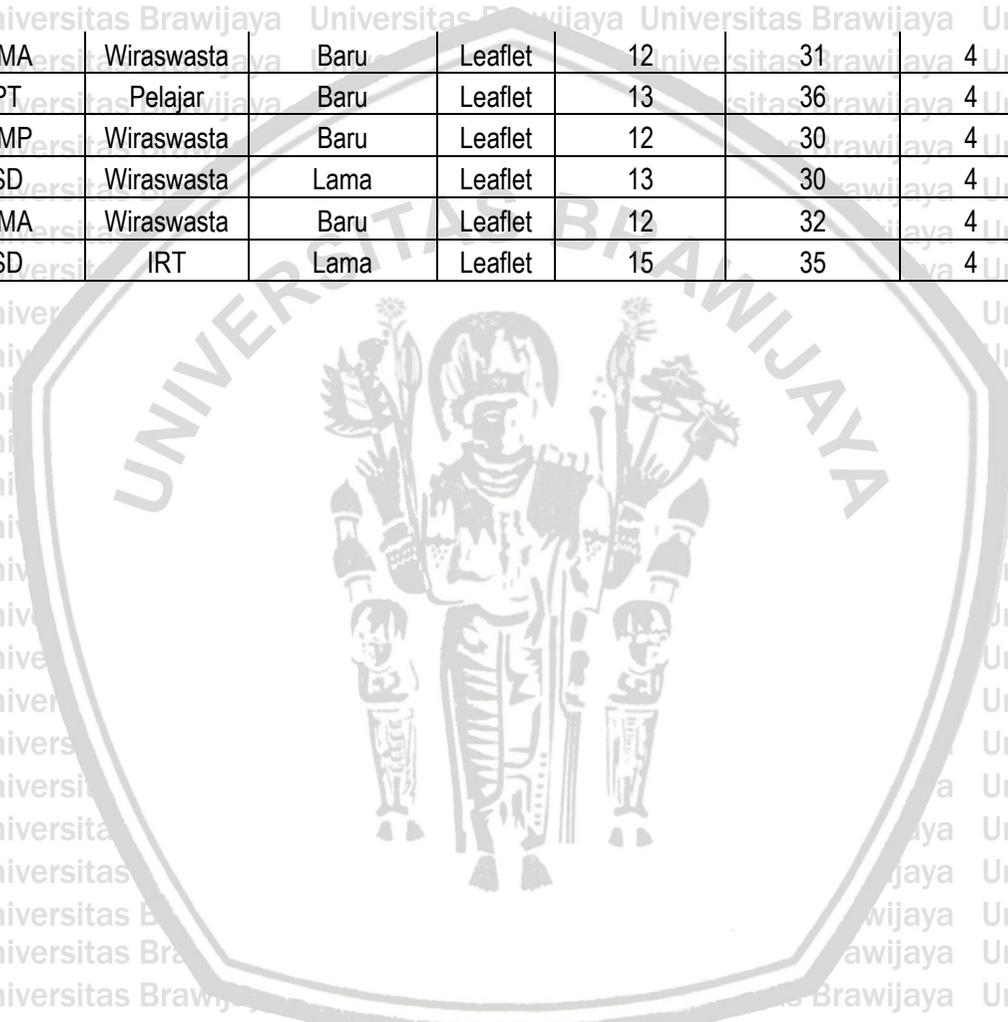
| | Scale Mean if Deleted | Scale Variance if Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Deleted |
|-----|-----------------------|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| q1 | 55.00 | 129.833 | .904 | .968 |
| q2 | 55.54 | 132.936 | .780 | .970 |
| q3 | 55.38 | 128.090 | .822 | .970 |
| q4 | 55.00 | 131.167 | .840 | .969 |
| q5 | 54.92 | 132.744 | .821 | .969 |
| q6 | 54.92 | 136.410 | .722 | .971 |
| q7 | 55.00 | 140.333 | .633 | .972 |
| q8 | 55.38 | 130.423 | .851 | .969 |
| q9 | 55.38 | 129.090 | .914 | .968 |
| q10 | 55.69 | 132.397 | .800 | .970 |
| q11 | 55.46 | 135.603 | .744 | .971 |
| q12 | 55.08 | 132.077 | .828 | .969 |
| q13 | 55.08 | 134.077 | .937 | .968 |
| q14 | 55.15 | 122.974 | .926 | .968 |
| q15 | 55.15 | 130.808 | .845 | .969 |



Lampiran 6. Hasil Tabulasi Data Penelitian

| NO | Umur (th) | Kelamin | Pendidikan | Pekerjaan | KUNJUNGAN IGD | Media | Keterlibatan Dalam Perawatan | Pemahaman Penyakit | Kontrol | Pengobatan ESO | Total Skor |
|----|-----------|---------|------------|------------|---------------|---------|------------------------------|--------------------|---------|----------------|------------|
| 1 | 20 | L | SMA | Wiraswasta | Baru | Video | 15 | 40 | 5 | 15 | 75 |
| 2 | 49 | P | SMP | IRT | Lama | Video | 13 | 40 | 5 | 14 | 72 |
| 3 | 50 | P | SD | Wiraswasta | Baru | Video | 15 | 40 | 4 | 13 | 72 |
| 4 | 66 | L | SD | Wiraswasta | Baru | Video | 15 | 40 | 4 | 13 | 72 |
| 5 | 48 | L | SD | Petani | Lama | Video | 15 | 37 | 5 | 14 | 71 |
| 6 | 16 | P | SMA | Pelajar | Baru | Video | 12 | 35 | 4 | 13 | 64 |
| 7 | 46 | P | SMP | Wiraswasta | Lama | Video | 12 | 36 | 4 | 15 | 67 |
| 8 | 56 | P | PT | PNS | Baru | Video | 15 | 37 | 3 | 12 | 67 |
| 9 | 51 | P | SMP | IRT | Baru | Video | 14 | 39 | 3 | 13 | 69 |
| 10 | 60 | L | SMA | PNS | Baru | Video | 14 | 39 | 5 | 13 | 71 |
| 11 | 47 | P | SMP | Wiraswasta | Lama | Video | 15 | 34 | 4 | 12 | 65 |
| 12 | 36 | P | PT | PNS | Lama | Video | 15 | 39 | 4 | 15 | 73 |
| 13 | 40 | P | SMA | Wiraswasta | Lama | Video | 15 | 38 | 5 | 14 | 72 |
| 14 | 51 | L | PT | Wiraswasta | Lama | Video | 15 | 39 | 4 | 15 | 73 |
| 15 | 16 | L | SMP | Pelajar | Lama | Leaflet | 13 | 36 | 5 | 13 | 67 |
| 16 | 35 | P | SMP | IRT | Lama | Leaflet | 6 | 27 | 2 | 11 | 46 |
| 17 | 18 | P | SMA | Pelajar | Lama | Leaflet | 12 | 30 | 4 | 9 | 55 |
| 18 | 59 | P | SMP | IRT | Lama | Leaflet | 12 | 28 | 4 | 10 | 54 |
| 19 | 47 | L | SD | Wiraswasta | Lama | Leaflet | 12 | 31 | 2 | 11 | 56 |
| 20 | 45 | L | SD | Wiraswasta | Baru | Leaflet | 6 | 26 | 4 | 8 | 44 |

| | | | | | | | | | | | |
|----|----|---|-----|------------|------|---------|----|----|---|----|----|
| 21 | 42 | L | SMA | Wiraswasta | Baru | Leaflet | 12 | 31 | 4 | 10 | 57 |
| 22 | 19 | P | PT | Pelajar | Baru | Leaflet | 13 | 36 | 4 | 14 | 67 |
| 23 | 37 | P | SMP | Wiraswasta | Baru | Leaflet | 12 | 30 | 4 | 12 | 58 |
| 24 | 65 | L | SD | Wiraswasta | Lama | Leaflet | 13 | 30 | 4 | 14 | 61 |
| 25 | 41 | P | SMA | Wiraswasta | Baru | Leaflet | 12 | 32 | 4 | 10 | 58 |
| 26 | 30 | P | SD | IRT | Lama | Leaflet | 15 | 35 | 4 | 12 | 66 |



Lampiran 7. Analisis Data Penelitian

| Descriptives | | | | | |
|-----------------------------------|-------------|----------------------------------|-------------|-------|-------|
| Metode Edukasi Perencanaan Pulang | | Statistic | Std. Error | | |
| Umur Responden (tahun) | Video | Mean | 45,43 | 3,694 | |
| | | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 37,45 | |
| | | | Upper Bound | 53,41 | |
| | | 5% Trimmed Mean | 45,92 | | |
| | | Median | 48,50 | | |
| | | Variance | 191,033 | | |
| | | Std. Deviation | 13,821 | | |
| | | Minimum | 16 | | |
| | | Maximum | 66 | | |
| | | Range | 50 | | |
| | | Interquartile Range | 13 | | |
| | | Skewness | -1,001 | ,597 | |
| | | Kurtosis | ,908 | 1,154 | |
| | | Leaflet | Leaflet | Mean | 37,83 |
| 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | | | 27,98 | |
| | Upper Bound | | | 47,68 | |
| 5% Trimmed Mean | 37,54 | | | | |
| Median | 39,00 | | | | |
| Variance | 240,333 | | | | |
| Std. Deviation | 15,503 | | | | |
| Minimum | 16 | | | | |
| Maximum | 65 | | | | |
| Range | 49 | | | | |
| Interquartile Range | 25 | | | | |
| Skewness | ,158 | | | ,637 | |
| Kurtosis | -,576 | | | 1,232 | |

Independent Samples Test

| | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|----------------|-----------------------------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------------------|--------|
| | | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | Lower | Upper |
| Umur Responden | Equal variances assumed | 1,321 | 24 | ,199 | 7,595 | 5,750 | 4,272 | 19,462 |
| | Equal variances not assumed | 1,309 | 22,326 | ,204 | 7,595 | 5,803 | 4,429 | 19,619 |



Metode Edukasi Perencanaan Pulang * Jenis Kelamin Responden Crosstabulation

| | | Jenis Kelamin Responden | | Total |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| | | L | P | |
| Metode Edukasi Perencanaan Pulang | Video | Count 5 | Count 9 | Count 14 |
| | | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang 35,7% | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang 64,3% | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang 100,0% |
| | Leaflet | Count 5 | Count 7 | Count 12 |
| | | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang 41,7% | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang 58,3% | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang 100,0% |
| Total | | Count 10 | Count 16 | Count 26 |
| | | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang 38,5% | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang 61,5% | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang 100,0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,097 ^a | 1 | ,756 | | |
| Continuity Correction ^b | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Likelihood Ratio | ,097 | 1 | ,756 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1,000 | ,536 |
| Linear-by-Linear Association | ,093 | 1 | ,760 | | |
| N of Valid Cases | 26 | | | | |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,62.

b. Computed only for a 2x2 table

Metode Edukasi Perencanaan Pulang * Pendidikan Responden Crosstabulation

| | | | Pendidikan Responden | | | | Total |
|-----------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|-------|-------|--------|--------|
| | | | SD | SMP | SMA | PT | |
| Metode Edukasi Perencanaan Pulang | Video | Count | 3 | 4 | 4 | 3 | 14 |
| | | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang | 21,4% | 28,6% | 28,6% | 21,4% | 100,0% |
| | | Leaflet | Count | 4 | 4 | 3 | 1 |
| | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang | 33,3% | 33,3% | 25,0% | 8,3% | 100,0% | |
| | Total | Count | 7 | 8 | 7 | 4 | 26 |
| | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang | 26,9% | 30,8% | 26,9% | 15,4% | 100,0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,139 ^a | 3 | ,768 |
| Likelihood Ratio | 1,179 | 3 | ,758 |
| Linear-by-Linear Association | 1,018 | 1 | ,313 |
| N of Valid Cases | 26 | | |

a. 8 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,85.

Test Statistics^a

| | | Pendidikan Responden |
|--------------------------|----------|----------------------|
| Most Extreme Differences | Absolute | ,167 |
| | Positive | ,000 |
| | Negative | -,167 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | ,424 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | ,994 |

a. Grouping Variable: Metode Edukasi Perencanaan Pulang

Metode Edukasi Perencanaan Pulang * Pekerjaan Responden Crosstabulation

| | | | Pekerjaan Responden | | | | | Total |
|-----------------------------------|---------|--------------------------------------------|---------------------|--------|--------|-------|---------|--------|
| | | | PNS | Petani | Swasta | IRT | Pelajar | |
| Metode Edukasi Perencanaan Pulang | Video | Count | 3 | 1 | 7 | 2 | 1 | 14 |
| | | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang | 21,4% | 7,1% | 50,0% | 14,3% | 7,1% | 100,0% |
| | Leaflet | Count | 0 | 0 | 6 | 3 | 3 | 12 |
| | | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang | 0,0% | 0,0% | 50,0% | 25,0% | 25,0% | 100,0% |
| Total | Count | | 3 | 1 | 13 | 5 | 4 | 26 |
| | | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang | 11,5% | 3,8% | 50,0% | 19,2% | 15,4% | 100,0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------|
| Pearson Chi-Square | 5,154 ^a | 4 | ,272 |
| Likelihood Ratio | 6,716 | 4 | ,152 |
| Linear-by-Linear Association | 4,605 | 1 | ,032 |
| N of Valid Cases | 26 | | |

a. 8 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

Test Statistics^a

| | | Pekerjaan Responden |
|--------------------------|----------|---------------------|
| Most Extreme Differences | Absolute | ,286 |
| | Positive | ,286 |
| | Negative | ,000 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | ,726 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | ,667 |

Metode Edukasi Perencanaan Pulang * Jenis Kunjungan Ke IGD Crosstabulation

| | | | Jenis Kunjungan Ke IGD | | Total |
|-----------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------|-------|--------|
| | | | Baru | Lama | |
| Metode Edukasi Perencanaan Pulang | Video | Count | 7 | 7 | 14 |
| | | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| | Leaflet | Count | 5 | 7 | 12 |
| | | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang | 41,7% | 58,3% | 100,0% |
| Total | Count | | 12 | 14 | 26 |
| | % within Metode Edukasi Perencanaan Pulang | | 46,2% | 53,8% | 100,0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,181 ^a | 1 | ,671 | | |
| Continuity Correction ^b | ,001 | 1 | ,976 | | |
| Likelihood Ratio | ,181 | 1 | ,671 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,713 | ,488 |
| Linear-by-Linear Association | ,174 | 1 | ,677 | | |
| N of Valid Cases | 26 | | | | |

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,54.

b. Computed only for a 2x2 table

Independent Samples Test

| | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|----------------|-----------------------------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------------------|--------|
| | | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | Lower | Upper |
| Umur Responden | Equal variances assumed | 1,321 | 24 | ,199 | 7,595 | 5,750 | 4,272 | 19,462 |
| | Equal variances not assumed | 1,309 | 22,326 | ,204 | 7,595 | 5,803 | 4,429 | 19,619 |



Uji-Statistik Kepuasan Pasien Asma Terhadap Perencanaan Pulang

| Group Statistics | | | | | |
|---------------------------------------------------------|---------|----|-------|----------------|-----------------|
| Metode Edukasi Perencanaan Pulang | | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
| Skor Total Kepuasan Terhadap Perencanaan Pulang | Video | 14 | 70,21 | 3,286 | ,878 |
| | Leaflet | 12 | 57,42 | 7,391 | 2,134 |
| Persepsi pasien dan Keluarga dilibatkan dalam Perawatan | Video | 14 | 14,29 | 1,139 | ,304 |
| | Leaflet | 12 | 11,50 | 2,714 | ,783 |
| Pemahaman Pasien tentang penyakit dan managemen Asma | Video | 14 | 38,07 | 1,979 | ,529 |
| | Leaflet | 12 | 31,00 | 3,303 | ,953 |
| Persepsi tentang Informasi Kontrol | Video | 14 | 4,21 | ,699 | ,187 |
| | Leaflet | 12 | 3,75 | ,866 | ,250 |
| Pemahaman tentang Obat dan ESO | Video | 14 | 13,64 | 1,082 | ,289 |
| | Leaflet | 12 | 11,17 | 1,899 | ,548 |

Hasil Uji Normalitas Data Kepuasan Pasien

| Tests of Normality | | | | | | | |
|-------------------------------------------------|---------|---------------------------------|----|-------|--------------|----|------|
| Metode Edukasi Perencanaan Pulang | | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Skor Total Kepuasan Terhadap Perencanaan Pulang | Video | ,237 | 14 | ,031 | ,906 | 14 | ,137 |
| | Leaflet | ,155 | 12 | ,200* | ,924 | 12 | ,317 |

*. This is a lower bound of the true significance.

Uji Statistik Deskriptif Kepuasan Pasien Asma

| Descriptives | | Statistic | Std. Error | |
|-------------------------------------------------|----------------------------------|-------------|------------|--|
| Metode Edukasi Perencanaan Pulang | | | | |
| Skor Total Kepuasan Terhadap Perencanaan Pulang | Mean | 70,21 | ,878 | |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 68,32 | |
| | | Upper Bound | 72,11 | |
| | 5% Trimmed Mean | 70,29 | | |
| | Median | 71,50 | | |
| | Variance | 10,797 | | |
| | Std. Deviation | 3,286 | | |
| | Minimum | 64 | | |
| | Maximum | 75 | | |
| | Range | 11 | | |
| Interquartile Range | 5 | | | |
| Skewness | -.692 | ,597 | | |
| Kurtosis | -.552 | 1,154 | | |
| Leaflet | | | | |
| Mean | Mean | 57,42 | 2,134 | |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 52,72 | |
| | | Upper Bound | 62,11 | |
| | 5% Trimmed Mean | 57,63 | | |
| | Median | 57,50 | | |
| | Variance | 54,629 | | |
| | Std. Deviation | 7,391 | | |
| | Minimum | 44 | | |
| | Maximum | 67 | | |
| | Range | 23 | | |
| Interquartile Range | 11 | | | |
| Skewness | -.411 | ,637 | | |
| Kurtosis | -.230 | 1,232 | | |



Hasil *Independent T Test* Kepuasan Pasien Asma

| | | Independent Samples Test | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|----------------------------|--------|
| | | Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| Skor Total Kepuasan Terhadap Perencanaan Pulang | Equal variances assumed | 3,940 | ,059 | 5,853 | 24 | ,000 | 12,798 | 2,186 | 8,285 | 17,310 |
| | Equal variances not assumed | | | 5,547 | 14,686 | ,000 | 12,798 | 2,307 | 7,871 | 17,725 |
| Persepsi pasien dan Keluarga dilibatkan dalam Perawatan | Equal variances assumed | 2,840 | ,105 | 3,507 | 24 | ,002 | 2,786 | ,794 | 1,146 | 4,425 |
| | Equal variances not assumed | | | 3,315 | 14,296 | ,005 | 2,786 | ,840 | ,987 | 4,585 |
| Pemahaman Pasien tentang penyakit dan manajemen Asma | Equal variances assumed | 1,990 | ,171 | 6,736 | 24 | ,000 | 7,071 | 1,050 | 4,905 | 9,238 |
| | Equal variances not assumed | | | 6,485 | 17,418 | ,000 | 7,071 | 1,090 | 4,775 | 9,368 |
| Persepsi tentang Informasi Kontrol | Equal variances assumed | ,012 | ,912 | 1,513 | 24 | ,143 | ,464 | ,307 | -,169 | 1,098 |
| | Equal variances not assumed | | | 1,487 | 21,143 | ,152 | ,464 | ,312 | -,185 | 1,113 |
| Pemahaman tentang Obat dan ESO | Equal variances assumed | 3,762 | ,064 | 4,162 | 24 | ,000 | 2,476 | ,595 | 1,248 | 3,704 |
| | Equal variances not assumed | | | 3,995 | 16,867 | ,001 | 2,476 | ,620 | 1,168 | 3,785 |

Lampiran 8: Surat Permohonan Izin Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Veteran Malang – 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (0341) 551611 Pes. 213.214; 569117, 567192 – Fax. (62) (0341) 564755
http://www.fk.ub.ac.id e-mail : sekr.fk@ub.ac.id

Nomor : 7601 /UN10.F08/PP/2019

Perihal : Permohonan Ijin Penelitian dan Pengambilan Data

22 AUG 2019

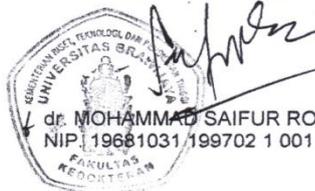
Yth. Direktur RSUD Kota Malang
Jl. Rajasa No.27, Bumiayu, Kec. Kedungkandang, Kota Malang
Di Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Karya Tulis Ilmiah/Tugas Akhir (TA) sebagai prasyarat wajib bagi mahasiswa Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, dengan ini kami mohon ijin melaksanakan penelitian dan pengambilan data guna pembuatan penelitian tugas akhir bagi mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : SUWOTO
N I M : 185070209111022
Semester : III (Tiga)
Program Studi : ILMU KEPERAWATAN
Judul : PENGARUH PERENCANAAN PULANG MENGGUNAKAN MEDIA VIDEO TERHADAP KEPUASAN PASIEN ASMA DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD KOTA MALANG

Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

An. Dekan,
Wakil Dekan Bidang Akademik,



Tembusan :
1. Ketua Jurusan Keperawatan FKUB



Lampiran 9. Surat Persetujuan Izin Penelitian



PEMERINTAH KOTA MALANG
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Rajasa No. 27 Kel. Bumiayu Kec. Kedungkandang Telp :0341-754338,0341-754339
Email: rsudkotamalang@gmail.com website: rsud.malangkota.go.id Kode Pos 65135

Malang, 30 Agustus 2019

Nomor : 800 / 1420 / 35.73.302.020/ 2019 Kepada
Sifat : Penting Yth. Dekan Bidang Akademik Fakultas
Lampiran : - Kedokteran
Perihal : Jawaban Ijin Pengambilan Data Di
Universitas Brawijaya

Menindak lanjuti Surat dari Universitas Brawijaya Fakultas Kedokteran Nomor 7601/UN10.F08/PP/2019 Tanggal 22 Agustus perihal pengambilan data awal atas nama :

Nama : Suwoto
NIM : 185070209111022
Jurusan : S1 Keperawatan
Institusi : Universitas Brawijaya

dengan ini diberitahukan bahwa RSUD Kota Malang memberikan ijin Pengambilan Data awal guna pembuatan Proposal Tugas Akhir dengan Judul "Pengaruh Perencanaan Menggunakan Media Video Terhadap Kepuasan Pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Malang" yang akan dilaksanakan mulai bulan September s/d November 2019. Mahasiswa yang telah selesai melaksanakan penelitian wajib untuk melaporkan hasilnya kepada Kepala RSUD Kota Malang.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Kepala RSUD Kota Malang,

dr. UMAR USMAN
Penata Tk.1
NIP. 19691111 199903 1 007



Lampiran 10. Surat Keterangan Laik Etik



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 168; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
http://www.fk.ub.ac.id e-mail : kep.fk@ub.ac.id

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")**

No. 252 / EC / KEPK – S1 – PSIK / 09 / 2019

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA,
SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN,
DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

- JUDUL** : Pengaruh Perencanaan Pulang menggunakan Media Video terhadap
Kepuasan Pasien Asma di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Malang.
- PENELITI** : Suwoto
- UNIT / LEMBAGA** : S1 Keperawatan – Fakultas Kedokteran – Universitas Brawijaya
Malang.
- TEMPAT PENELITIAN** : Rumah Sakit Umum Daerah Kota Malang.

DINYATAKAN LAIK ETIK.

Malang
Ketua



Prof. Dr. dr. Moch. Istiadid ES, SpS, SpBS(K), SH, M.Hum, Dr(Hk)
NIPK. 20180246051611001

Catatan :

Keterangan Laik Etik Ini Berlaku 1 (Satu) Tahun Sejak Tanggal Dikeluarkan
Pada Akhir Penelitian, Laporan Pelaksanaan Penelitian Harus Diserahkan Kepada KEPK-FKUB Dalam Bentuk Soft Copy.
Jika Ada Perubahan Protokol Dan / Atau Perpanjangan Penelitian, Harus Mengajukan Kembali Permohonan Kajian Etik
Penelitian (Amandemen Protokol).



Lampiran 11. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian



PEMERINTAH KOTA MALANG
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Rajasa No. 27 Kel. Bumiayu Kec. Kedungkandang Telp :0341-754338,0341-754339
Email: rsudkotamalang@gmail.com website: rsud.malangkota.go.id Kode Pos 65135

SURAT KETERANGAN

Nomor : 800/1912 /35.73.302.020/2019

Dengan ini saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Umar Usman
NIP : 19691111 199903 01 007
Pangkat/Golongan : Pembina / IVa
Jabatan : Kepala RSUD Kota Malang

menyatakan bahwa mahasiswa berikut ini :

Nama : Suwoto
NIM : 185070209111022
Judul Penelitian : Pengaruh Perencanaan Pulang Menggunakan Media Video Terhadap
Kepuasaan Pasien Asma di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota
Malang
Prodi : S1 Keperawatan Universitas Brawijaya

Telah selesai melakukan penelitian untuk memperoleh data dalam rangka penyusunan tugas akhir di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Malang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 25 November 2019

Kepala RSUD Kota Malang,



dr. Umar Usman
Pembina

NIP. 19691111 199903 1 007

Lampiran 12. Surat Keterangan Bebas Plagiasi



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Veteran Malang – 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (0341) 551611 Pes. 213.214; 569117, 567192 – Fax. (62) (0341) 564755
<http://www.fk.ub.ac.id> e-mail : sekr.fk@ub.ac.id

SURAT KETERANGAN

Nomor 641 /UN10.F08.08/PP/2019

Yang bertanda tangan dibawah ini,

nama : Dr.Husnul Khotimah, S.Si., M.Kes
NIP : 197511252005012001
pangkat dan golongan : Penata Muda, III/a
jabatan : Ketua Badan Penerbitan Jurnal Fakultas Kedokteran

dengan ini menerangkan bahwa,a

nama : Suwoto
nim : 185070209111022
program studi : Sarjana Keperawatan
judul : Pengaruh Perencanaan Pulang Menggunakan Meda Video Terhadap Kepuasan Pasien Asma Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Malang
jenis artikel : Tugas Akhir
jumlah halaman : 10

berdasarkan pemindaian dengan perangkat lunak Turnitin, Badan Penerbitan Jurnal Fakultas Kedokteran menyatakan bahwa Artikel Ilmiah tersebut diatas memiliki kemiripan 10 %

Demikian surat keterangan ini agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

09 DEC 2019

Ketua Badan Penerbitan Jurnal,



Dr. Husnul Khotimah, S.Si, M.Kes
NIP 19751125 200501 2 001

Lampiran 13. SAP Perencanaan Pulang Dengan Media Leaflet

SATUAN ACARA PENYULUHAN (EDUKASI PEMULANGAN)

- Topik : Penatalaksanaan ASMA
- Sasaran : Pasien asma dan keluarga/Pendamping
- Tempat : Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Malang
- Hari /tanggal :
- Waktu : 25 menit

I. Tujuan Intruksional Umum (TIU)

Setelah diberikan edukasi, pasien dan keluarga mampu memahami tentang penyakit asma, baik penatalaksanaan maupun pencegahannya.

II. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

Setelah diberikan penyuluhan selama 25 menit diharapkan sasaran dapat :

1. Menyebutkan pengertian dari asma
2. Menyebutkan penyebab terjadinya asma
3. Menyebutkan tanda dan gejala asma
4. Menyebutkan komplikasi asma
5. Menjelaskan cara penatalaksanaan atau penanganan asma
6. Menyebutkan cara pencegahan dari asma
7. Menyebutkan jenis obat, cara menggunakan, dan kemungkinan efek samping
8. Menyebutkan waktu dan tempat kontrol

III. Materi Edukasi (dalam leaflet)

1. Pengertian dari asma
2. Penyebab terjadinya penyakit asma
3. Perjalanan penyakit (patofisiologi) asma
4. Tanda dan gejala asma

5. Komplikasi dari asma
6. Penatalaksanaan atau penanganan dari asma
7. Pencegahan dari asma
8. Obat asma
9. Jadwal kontrol

IV. Metode

- Verbal
- Tanya jawab

V. Media

- Leaflet Asma

VI. Kegiatan Edukasi Pemulangan (Discharge Education)

| No | Tahapan | waktu | Kegiatan penyuluhan | Kegiatan peserta |
|----|-----------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Pembukaan | 5 menit | <ol style="list-style-type: none"> 1. Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam. 2. Menanyakan kepada pasien, siapa yang menemani di RS saat ini, dan siapa yang biasa membantu/ menemaninya saat di rumah 3. Mempersilahkan keluarga untuk menemani pasien 4. Memperkenalkan diri. 5. Menjelaskan latar belakang dan tujuan dari edukasi. 6. Menanyakan kepada audiens mengenai pemahaman mereka | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam. 2. Menyebutkan anggota keluarga yang menemani saat ini dan siapa yang biasanya menemani saat di rumah 3. Keluarga menemani pasien dan mengikuti edukasi 4. Mendengarkan. 5. Mendengarkan. 6. Menerima reinforcement positif yang diberikan. |



| | | | | |
|----|-------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | seputar asma | |
| | | | 7. Memberikan reinforcement positif dari jawaban peserta penyuluhan. | 7. Menerima |
| | | | 8. Memberikan leaflet | 8. Menerima leaflet |
| 2. | Tahap pelaksanaan | 10 menit | <p>1. Menengangkan isi leaflet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengertian dari asma 2) Penyebab terjadinya penyakit asma 3) Perjalanan penyakit (patofisiologi) asma 4) Tanda dan gejala asma 5) Komplikasi dari asma 6) Penatalaksanaan atau penanganan dari asma 7) Pencegahan dari asma 8) Obat asma 9) Jadwal kontrol | <p>1. Mendengarkan penjelasan</p> <p>2. Menanyakan hal yang tidak dipahami</p> |
| 3. | Tahap evaluasi | 10 menit | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan kembali pada pasien dan keluarga tentang materi yang telah dijelaskan 2. Berikan reinforcement kepada pasien dan keluarga setelah menjawab pertanyaan. 3. Meminta pasien dan keluarga untuk menyimpulkan leaflet dan membaca kembali di rumah 4. Memberikan kesempatan sekali lagi kepada pasien untuk bertanya tentang hal yang belum jelas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan. 2. Menerima reinforcement positif yang diberikan. 3. Menyimpan leaflet 4. Menyampaikan pertanyaan tentang materi yang belum jelas |

| | | | |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | 5. Menyerahkan hasil pemeriksaan, surat kontrol, dan menjelaskan waktu dan tempat kontrol | 5. Menerima hasil pemeriksaan, surat kontrol, dan menyebutkan kembali waktu dan tempat kontrol |
| | | 6. Mengucapkan terima kasih dan memberi salam. | 6. Menjawab salam |



Lampiran 14.SAP Perencanaan Pulang Dengan Media Video

SATUAN ACARA PENYULUHAN (EDUKASI PEMULANGAN)

Topik : Penatalaksanaan ASMA

Sasaran : Pasien asma dan keluarga/Pendamping

Tempat : Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Malang

Hari /tanggal :

Waktu : 25 menit

VII. Tujuan Intruksional Umum (TIU)

Setelah diberikan edukasi, pasien dan keluarga mampu memahami tentang penyakit asma, baik penatalaksanaan maupun pencegahannya.

VIII. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

Setelah diberikan penyuluhan selama 25 menit diharapkan sasaran dapat:

1. Menyebutkan pengertian dari asma
2. Menyebutkan penyebab terjadinya asma
3. Menyebutkan tanda dan gejala asma
4. Menyebutkan komplikasi asma
5. Menjelaskan cara penatalaksanaan atau penanganan asma
6. Menyebutkan cara pencegahan dari asma
7. Menyebutkan jenis obat, cara menggunakan, dan kemungkinan efek samping
8. Menyebutkan waktu dan tempat kontrol

IX. Materi Edukasi (dalam file video)

1. Pengertian dari asma
2. Penyebab terjadinya penyakit asma
3. Perjalanan penyakit (patofisiologi) asma
4. Tanda dan gejala asma

5. Komplikasi dari asma
6. Penatalaksanaan atau penanganan dari asma
7. Pencegahan dari asma
8. Obat asma
9. Jadwal kontrol

X. Metode

- Audio Visual

- Tanya jawab

XI. Media

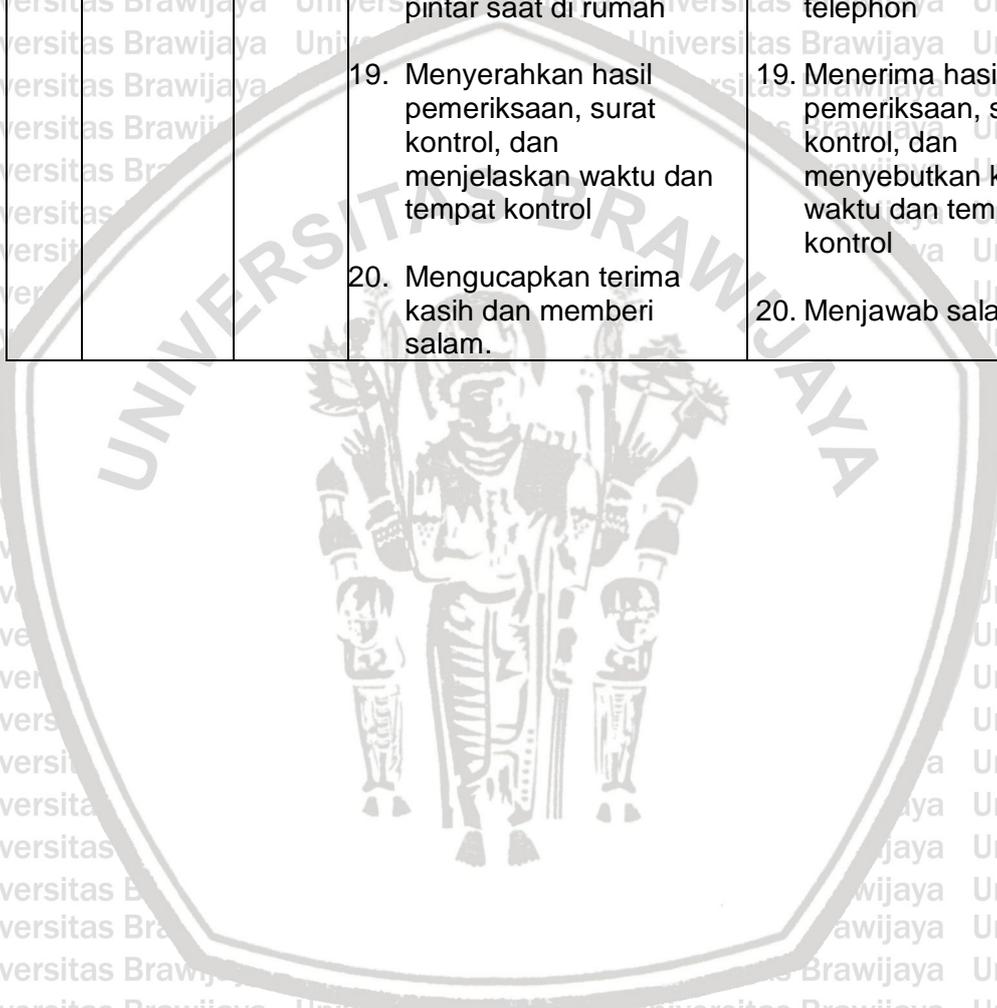
- Video Asma

XII. Kegiatan Edukasi Pemulangan (Discharge Education)

| No | Tahapan | waktu | Kegiatan penyuluhan | Kegiatan peserta |
|----|-----------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Pembukaan | 5 menit | <ol style="list-style-type: none"> 1. Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam. 2. Menanyakan kepada pasien bagaimana perasaannya setelah serangan sesaknya dapat teratasi 3. Menanyakan kepada pasien, siapa yang menemani di RS saat ini, dan siapa yang biasa membantu/ menemaninya saat di rumah 4. Mempersilahkan keluarga untuk menemani pasien 5. Memperkenalkan diri. 6. Menjelaskan latar belakang dan tujuan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam. 2. Menyampaikan perasaannya yang berhubungan dengan serangan sesak yang telah teratasi 3. Menyebutkan anggota keluarga yang menemani saat ini dan siapa yang biasanya menemani saat di rumah 4. Keluarga menemani pasien dan mengikuti edukasi 5. Mendengarkan. 6. Mendengarkan. |

| | | | | |
|----|-------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <p>dari edukasi.</p> <p>7. Menanyakan kepada audiens mengenai pemahaman mereka seputar asma</p> <p>8. Memberikan reinforcement positif dari jawaban peserta penyuluhan.</p> <p>9. Menanyakan bagaimana harapan pasien dan keluarga tentang penyakitnya</p> <p>10. Menjelaskan tujuan dan isi yang akan disaksikan dalam video</p> <p>11. Menyiapkan pemutaran video</p> | <p>7. Menerima reinforcement positif yang diberikan.</p> <p>8. Menerima</p> <p>9. Menyampaikan harapan tentang penyembuhan penyakit</p> <p>10. Mendengarkan penjelasan</p> <p>11. Menyatakan kesiapan menyaksikan video</p> |
| 2. | Tahap pelaksanaan | 10 menit | <p>12. Memutar video asma</p> <p>13. Menemani pasien dan keluarga apabila tidak ada pasien lain yang membutuhkan pelayanan (sesuai kondisi ruangan)</p> | <p>12. Menyaksikan video</p> <p>13. Menanyakan hal yang tidak dipahami</p> |
| 3. | Tahap evaluasi | 10 menit | <p>14. Menanyakan kembali pada pasien dan keluarga tentang materi yang telah diberikan melalui pemutaran video</p> <p>15. Berikan reinforcement kepada pasien dan keluarga setelah menjawab pertanyaan.</p> <p>16. Meminta pasien dan keluarga untuk menyimpulkan video yang telah disaksikan.</p> | <p>14. Menjawab pertanyaan.</p> <p>15. Menerima reinforcement positif yang diberikan.</p> <p>16. Memberikan simpulan.</p> |

| | | | |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>17. Memberikan kesempatan sekali lagi kepada pasien untuk bertanya tentang hal yang belum jelas</p> <p>18. Memberikan file video kepada pasien untuk diputar dengan telephon pintar saat di rumah</p> <p>19. Menyerahkan hasil pemeriksaan, surat kontrol, dan menjelaskan waktu dan tempat kontrol</p> <p>20. Mengucapkan terima kasih dan memberi salam.</p> | <p>17. Menyampaikan pertanyaan tentang materi yang belum jelas</p> <p>18. Menerima file video dan menyimpan dalam memori telephon</p> <p>19. Menerima hasil pemeriksaan, surat kontrol, dan menyebutkan kembali waktu dan tempat kontrol</p> <p>20. Menjawab salam</p> |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



Lampiran 15. Dokumentasi Penelitian



Lampiran 16. Curriculum Vitae Peneliti

CURICULUM VITAE PENELITI



DATA PRIBADI

Nama lengkap : Suwoto
 Tempat, tanggal lahir : Malang, 07 Desember 1975
 Kewarganegaraan : Indonesia
 Agama : Islam
 Anak ke : 1 dari 3 bersaudara
 Alamat Rumah : Desa Pucangsongo RT 09 RW 03 Pakis – Malang
 Jawa Timur
 NomorHP : 081232171373
 Email : wototika @gmail.com

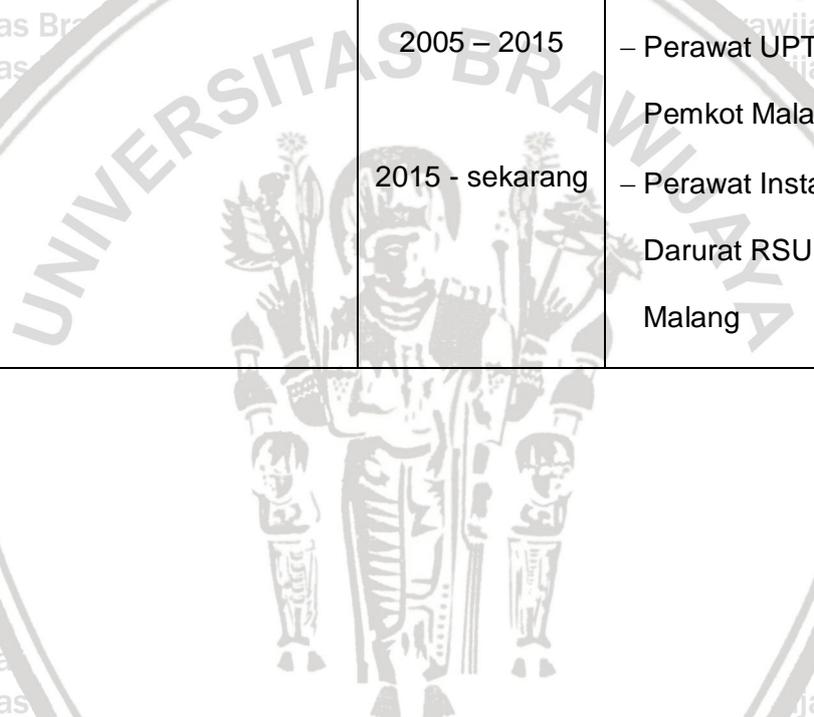
RIWAYAT PENDIDIKAN

| Pendidikan | Jurusan | Tahun Lulus |
|------------------------------|------------------|-------------|
| SDN Pucangsongo | - | 1988 |
| SMP 01 Tumpang | - | 1991 |
| SPK Celaket Malang | Perawat | 1995 |
| Poltekkes Kemenkes Malang | D3 Keperawatan | 2010 |
| Universitas Brawijaya Malang | Ilmu Keperawatan | Berlangsung |



RIWAYAT PEKERJAAN

| Tempat Kerja | Tahun | Unit/Bidang |
|----------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------|
| RSUD dr. Saiful Anwar Malang | 1996-2001 | Perawat Paviliyun |
| Pegawai Negeri Sipil , Dinas Kesehatan Kota Malang | 2001- 2005 | - Perawat UPT PPPK Kota Malang |
| | 2005 – 2015 | - Perawat UPT RSB Pemkot Malang |
| | 2015 - sekarang | - Perawat Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Malang |



Lampiran 17. Lembar Konsultasi



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS BRAWIJAYA
 FAKULTAS KEDOKTERAN
 TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214:567192 - Fax. (62) (0341) 564755
<http://fk.ub.ac.id/tugasa> e-mail : tugasakhir_fk@ub.ac.id

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Form TA 04

Nama : SUWOTO
 NIM : 185070209111022
 Program Studi : Ilmu Keperawatan
 Judul Tugas Akhir : PENGARUH PERENCANAAN PULANG MENGGUNAKAN MEDIA VIDEO TERHADAP KEPUASAN PASIEN ASMA DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD KOTA MALANG

Pembimbing I : Dr. Kuswanto Rusca P., S.Kp., M.Kep
 Pembimbing II : Ns. Bintari Ratih K., S.Kep., M.Kep

Tahap Pertama

| Tgl | Pembimbing I/II | Metode Bimbingan | Topik Pembahasan | Saran Pembimbing | Tanda Tangan |
|------------|-----------------|------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 11/02 2019 | I | Diskusi | Penetapan tema rencana penelitian | Ditth tema yang berhubungan dengan perencanaan pulang. Skripsi di 160. | |
| 18/02 2019 | I | Diskusi | | Revisi judul. Pengaruh discharge planning terhadap kepuasan pasien asma di RSUD Kota Malang. | |
| 25/02 2019 | I | Diskusi | Bab I Pendahuluan | lakukan studi pendahuluan perencanaan pulang di RSUD Kota Malang. | |
| 28/02 2019 | I | Diskusi Paper | Bab I | Gambar subseleksi upate data tahun 18. Risetnya 2018. Hasil penelitian Hg. D.P.dan keperawatan | |

Mengetahui :
 Koordinator TA,

.....
 NIP/NIK.





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN

TUGAS AKHIR
Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
<http://fk.ub.ac.id/tugasa> e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : SUWOTO
N I M : 185070209111022
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir : PENGARUH PERENCANAAN PULANG MENGGUNAKAN MEDIA VIDEO TERHADAP KEPUASAN PASIEN ASMA DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD KOTA MALANG
Pembimbing I : Dr. Kuswanto Rusca P., S.Kp., M.Kep
Pembimbing II : Ns. Bintari Ratih K., S.Kep., M.Kep

Tahap Pertama

| Tgl | Pembimbing I/II | Metode Bimbingan | Topik Pembahasan | Saran Pembimbing | Tanda Tangan |
|------------|-----------------|------------------|------------------|----------------------------------------------------------|--------------|
| 17/07 2019 | I | paper diskusi | | Saran up perencanaan pulang. Content video & leaflet. | |
| 31/07 2019 | I | | | See again proposal. | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Mengetahui :
Koordinator TA,

.....
NIP/NIK.





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS BRAWIJAYA
 FAKULTAS KEDOKTERAN

TUGAS AKHIR
 Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
<http://fk.ub.ac.id/tugasakhir> e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : SUWOTO
 N I M : 185070209111022
 Program Studi : Ilmu Keperawatan
 Judul Tugas Akhir : PENGARUH PERENCANAAN PULANG MENGGUNAKAN MEDIA VIDEO TERHADAP KEPUASAN PASIEN ASMA DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD KOTA MALANG
 Pembimbing I : Dr. Kuswantoro Rusca P., S.Kp., M.Kep
 Pembimbing II : Ns. Bintari Ratih K., S.Kep., M.Kep

Tahap Pertama

| Tgl | Pembimbing I/II | Metode Bimbingan | Topik Pembahasan | Saran Pembimbing | Tanda Tangan |
|------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 01/07/2019 | II | Diskusi | | - buat SAP edukasi perencanaan pulang - konten video - konten leaflet | |
| 05/08/2019 | II | Paper Diskusi | | Ace skema proposal | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Mengetahui :
 Koordinator TA,

.....
 NIP/NIK.





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS BRAWIJAYA
 FAKULTAS KEDOKTERAN
 TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
<http://fk.ub.ac.id/tugasak> e-mail: tugasakhir_fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : SUWOTO
 N I M : 185070209111022
 Program Studi : Ilmu Keperawatan
 Judul Tugas Akhir : PENGARUH PERENCANAAN PULANG MENGGUNAKAN MEDIA VIDEO TERHADAP KEPUASAN PASIEN ASMA DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD KOTA MALANG
 Pembimbing I : Dr. Kuswanto Rusca P., S.Kp., M.Kep
 Pembimbing II : Ns. Bintari Ratih K., S.Kep., M.Kep

Tahap Pertama

| Tgl | Pembimbing I/II | Metode Bimbingan | Topik Pembahasan | Saran Pembimbing | Tanda Tangan |
|----------|-----------------|--------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------|
| 11/11/19 | I | Tatap muka / Paper | Perbaiki penulisan pada Bab. 4. Bab 4. | Sesuaikan dg kepatutan saat penulisan. | |
| 13/11/19 | I | Tatap muka / Paper | Bab 5. | Buat tabel tabel hubungannya karaker response dg hasil | |
| 18/11/19 | I | Tatap muka / paper | Bab 5 | Ace Bab 5. lanjut bab. VI | |
| 25/11/19 | I | Tatap muka + Paper | Bab. 6. | Revisi penulisan Bab. VI. | |

Mengetahui :
 Koordinator TA,

NIP/NIK.





**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR**

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
<http://fk.ub.ac.id/tugasak> e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : SUWOTO
N I M : 185070209111022
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir : PENGARUH PERENCANAAN PULANG MENGGUNAKAN MEDIA VIDEO TERHADAP KEPUASAN PASIEN ASMA DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD KOTA MALANG
Pembimbing I : Dr. Kuswantoro Rusca P., S.Kp., M.Kep
Pembimbing II : Ns. Bintari Ratih K., S.Kep., M.Kep

Tahap Pertama

| Tgl | Pembimbing I/II | Metode Bimbingan | Topik Pembahasan | Saran Pembimbing | Tanda Tangan |
|----------|-----------------|---------------------|------------------|------------------|--------------|
| 05/19/12 | I | Tatap muka + paper. | Bab 6-7. | Ace iya, Hani! | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Mengetahui :
Koordinator TA,

.....
NIP/NIK.





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS BRAWIJAYA
 FAKULTAS KEDOKTERAN
 TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
<http://fk.ub.ac.id/tugasak> e-mail: tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : SUWOTO
 N I M : 185070209111022
 Program Studi : Ilmu Keperawatan
 Judul Tugas Akhir : PENGARUH PERENCANAAN PULANG MENGGUNAKAN MEDIA VIDEO TERHADAP KEPUASAN PASIEN ASMA DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD KOTA MALANG
 Pembimbing I : Dr. Kuswantoro Rusca P., S.Kp., M.Kep
 Pembimbing II : Ns. Bintari Ratih K., S.Kep., M.Kep

Tahap Pertama

| Tgl | Pembimbing I/II | Metode Bimbingan | Topik Pembahasan | Saran Pembimbing | Tanda Tangan |
|----------------|-----------------|--------------------|------------------|--------------------------------------------------------|--------------|
| 25/11 11 | II | Tatap muka + paper | Bab 4 Bab 5. | Perbaiki penyusunan Bab 4 Perbaiki penyusunan Bab 5 | |
| | | | | Bab 6 sesuai dengan layout bab 7 | |
| 20/11 20/11 | I | Paper + tatap muka | bab 7 | Kesimpulan: menjawab tujuan khusus - saran & tambahan | |
| 2 des 2019 | I | Paper + tatap muka | | Acc selesai | |

Mengetahui :
 Koordinator TA,

NIP/NIK.

