

## DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y. & Rachmawati, I.N. (2014). Metodologi penelitian kualitatif dalam riset keperawatan. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2011). Questions for Staff on Discharge Planning: Project RED (Re-Engineered Discharge) Training Program. Rockville MD. Retrived from <http://archive.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/red/discharge.html>.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2013). Care Transitions from Hospital to Home: IDEAL Discharge Planning (implementation handbook). Guide to Patient and Family Engagement. Retrived from <https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy4/index.html>.
- Alberta Health. (2015). Acute LOS to Expected LOS Ratio. Government of Alberta. Retrived from <https://www.google.co.id/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiPs52axK3SAhXFwbwKHUNAA4sQFggoMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.health.alberta.ca%2Fdocuments%2FPMD-Acute-Expected-LOS-Ratio.pdf&usq=AFQjCNEO1c0qAidxpyTCSf6nYw8gj3OUzQ&sig2=IF8g4d5EzUaOMr6bFs-L3w&bvm=bv.148073327,d.dGc>.
- American Health Care Association. (2014). Length of Stay Calculation. LTC Trend Tracker. Retrived from [https://www.ahcancal.org/research\\_data/trendtracker/Documents/Length\\_of\\_Stay\\_Calculation.pdf](https://www.ahcancal.org/research_data/trendtracker/Documents/Length_of_Stay_Calculation.pdf)
- Arif, M. (2008). Kapita Selektta Kedokteran. Jilid 2. Edisi III. Jakarta: Media esculapius FKUI.
- Atwal, A. (2002). Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 450–458. Retrived from [https://www.researchgate.net/profile/Anita\\_Atwal/publication/11212559\\_Nurses'\\_perceptions\\_of\\_discharge\\_planning\\_in\\_acute\\_health\\_care\\_a\\_case\\_study\\_in\\_one\\_British\\_Teaching\\_Hospital/links/53f788610cf2c9c3309b4611/Nurses-perceptions-of-discharge-planning-in-acute-health-care-a-case-study-in-one-British-Teaching-Hospital](https://www.researchgate.net/profile/Anita_Atwal/publication/11212559_Nurses'_perceptions_of_discharge_planning_in_acute_health_care_a_case_study_in_one_British_Teaching_Hospital/links/53f788610cf2c9c3309b4611/Nurses-perceptions-of-discharge-planning-in-acute-health-care-a-case-study-in-one-British-Teaching-Hospital).
- Aulia, S., Supriadi., Sari, D. K., & Mutiha, A. (2015). Cost Recovery Rate Program Jaminan Kesehatan Nasional Bpjs Kesehatan. *kAkuntabilitas*, 8(2), 111-120. P-ISSN: 1979-858X. Retrived from <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=437547&val=337&title=COST%20RECOVERY%20RATE%20PROGRAM%20JAMINAN%20KESEHATAN%20NASIONAL%20BPJS%20KESEHATAN>.
- Baek, H., Cho, M., Kim, S., Hwang, H., Song, M., & Yoo, S. (2018). Analysis of length of hospital stay using electronic health records: A statistical and data mining approach. *PLoS ONE*, 13(4), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195901>
- Bahalkeh, E., Hasan, I., & Yih, Y. (2022). The relationship between Intensive Care Unit Length of Stay information and its operational performance. *Healthcare Analytics*, 2(November 2021), 100036. <https://doi.org/10.1016/j.health.2022.100036>
- Buttigieg, S. C., Schuetz, M., & Bezzina, F. (2016). Value chains of Public and Private health-care services in a small EU island state: A SWOT analysis.

- Frontiers in Public Health, 4(September), 1–13.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00201>
- Castaldi, M., Kappus, M., Samuels, S., & Parsikia, A. (2017). CLINICAL DOCUMENTATION SPECIALISTS IMPROVE REVENUE COLLECTION IN SURGICAL TRAUMA / SICU IMPACT OF NONCLINICAL TRANSFER DELAYS OUT OF THE ICU ON THE PROGRESS OF CARE. 46(1), 2017.
- Clarke, A., & Rosen, R. (2001). Length of stay. *European Journal of Public Health*, 2(2), 166–170. <https://doi.org/10.1176/ps.38.2.201>
- Dobрева, M. (2016). Length of Hospital Stay and Quality of Care. In *Advances in Intelligent Systems and Computing* (Vol. 416). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-27478-2\\_44](https://doi.org/10.1007/978-3-319-27478-2_44)
- Guerra, R. S., Fonseca, I., Pichel, F., Restivo, M. T., & Amaral, T. F. (2015). Usefulness of Six Diagnostic and Screening Measures for Undernutrition in Predicting Length of Hospital Stay: A Comparative Analysis. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(6), 927–938. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.11.015>
- Hisnindarsyah, Wahyudi, A., Nazeli, B., Yuwanto, L., & Hidayatullah, A. (2023). The Role of the Surveyor in Discharge Planning for Patient Safety. *Formosa Journal of Science and Technology*, 2(9), 2471–2504. <https://doi.org/10.55927/fjst.v2i9.6267>
- Hughes, A. E. O., Forbriger, A., May, A. M., Scott, M. G., Char, D., & Farnsworth, C. W. (2023). Implementation of high-sensitivity troponin with a rapid diagnostic algorithm reduces emergency department length of stay for discharged patients. *Clinical Biochemistry*, 116(December 2022), 87–93. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2023.04.003>
- Johannessen, K. A., & Alexandersen, N. (2018). Improving accessibility for outpatients in specialist clinics: Reducing long waiting times and waiting lists with a simple analytic approach. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3635-3>
- Kurzaini, M. I., Syafrinanda, V., & Olivia, N. (2023). Pelaksanaan Discharge Planning Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Di Rumah Sakit Putri Hijau Medan. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(5), 1578–1589. <https://doi.org/10.55681/sentri.v2i5.852>
- Leinert, C., Fotteler, M., Kocar, T. D., Brefka, S., Schindler, B., & Denking, M. D. (2022). Discharge planning from hospital. In *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (Vol. 55, Issue 8, pp. 717–719). <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02136-1>
- Lin, C. J., Cheng, S. J., Shih, S. C., Chu, C. H., & Tjung, J. J. (2012). Discharge planning. *International Journal of Gerontology*, 6(4), 237–240. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2012.05.001>
- Long, E. F., & Mathews, K. S. (2019). The Boarding Patient: Effects of ICU and Hospital Occupancy Surges on Patient Flow. 27(12), 2122–2143. <https://doi.org/10.1111/poms.12808>
- Mizuma, K., Amitani, M., Mizuma, M., Kawazu, S., Sloan, R. A., Ibusuki, R., Takezaki, T., & Owaki, T. (2020). Clarifying differences in viewpoints between multiple healthcare professionals during discharge planning assessments when discharging patients from a long-term care hospital to home. *Evaluation and Program Planning*, 82(June), 101848. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2020.101848>
- Morgan, C., & Volante, L. (2016). A review of the Organisation for Economic Cooperation and Development's international education surveys: Governance, human capital discourses, and policy debates. *Policy Futures in Education*, 14(6), 775–792. <https://doi.org/10.1177/1478210316652024>

- Mustikaningsih, D., Fatmawati, A., & Suniati, N. (2020). Pelaksanaan Perencanaan Pulang Oleh Perawat. *Jurnal Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan*, 3(2), 45. <https://doi.org/10.32584/jkkm.v3i2.524>
- Nursalam. (2021). discharge planning. *12(4)*, 85–88.
- Pratiwi Dwi Indah. (2009). Analisis pengetahuan konsep. *Jurnal Keperawatan*, 1, 97–102.
- Sansone, V., Cancani, F., Gagliardi, C., Satta, T., Cecchetti, C., de Ranieri, C., Di Nardo, M., Rossi, A., Dall'Oglio, I., Alvaro, R., Tiozzo, E., & Gawronski, O. (2022). Narrative diaries in the paediatric intensive care unit: A thematic analysis. *Nursing in Critical Care*, 27(1), 45–54. <https://doi.org/10.1111/nicc.12680>
- Shepperd, S., Lannin, N. A., Clemson, L. M., Mccluskey, A., Cameron, I. D., & Barras, S. L. (2013). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub4>
- Tummers, J. F. M. M., Schrijvers, A. J. P., & Visser-Meily, J. M. A. (2012). Economic evidence on integrated care for stroke patients; a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 12(OCTOBER-DECEMBER), 1–15. <https://doi.org/10.5334/ijic.847>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan. 17 Oktober 2014. Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612. Jakarta.
- Victorian Auditor General. (2016). *Hospital Performance: Length of Stay*. Melbourne: Victorian Government Printer.
- Wales, K., Clemson, L., Lannin, N. A., Cameron, I. D., Salked, G., Gitlin, L., Davies, C. (2012). Occupational therapy discharge planning for older adults: A protocol for a randomised trial and economic evaluation. *BMC Geriatrics*, 12(34), 1-7. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-12-34>.
- Whellan, D. J., Zhao, X., Hernandez, A. F., Liang, L., Peterson, E. D., Bhatt, D. L., ... Fonarow, G. C. (2011). Predictors of hospital length of stay in heart failure: findings from Get with the Guidelines. *J Card Fail*, 17(8), 649-56. doi: 10.1016/j.cardfail.2011.04.005.
- Wong, E. L. Y., Yam, C. H. K., Cheung, A. W. L., Leung, M. C. M., Chan, F. W. K., Wong, F. Y. Y., & Yeoh, E. (2011). Barriers to effective discharge planning: A qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 11(242), 1-10. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-242>.
- Yilmaz, M.C & Ozsoy, S.A. (2010). Effectiveness of a discharge-planning program and home visits for meeting the physical care needs of children with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 18(2), 243-53. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00520-009-0650-2>.

## LAMPIRAN

### Lampiran 1

#### LEMBAR PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN

Kepada

Yth. Bapak/Ibu Perawat

Di

Ruang Rawat Inap RS Umum Daerah Kota Tangerang

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, mahasiswa Program Studi Doktor Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Nama : Dini Anggraeni

NIM : A033212028

Akan mengadakan penelitian dengan judul **"Implementasi Penatalaksanaan *Discharge Planning* oleh Tenaga Medis Terhadap *Length Of Stay* di Ruang Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Tangerang"**

Tujuan penelitian ini adalah untuk melaksanakan penerapan *discharge planning* yang dilakukan oleh perawat dan menguraikan dampaknya terhadap *length of stay*.

Harapannya, temuan penelitian ini mampu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dan menjadi pedoman bagi manajemen rumah sakit sebagai pengambil kebijakan mengenai keakuratan rekam medis pasien, khususnya dalam pelaksanaan rencana pemulangan.

Saya berterima kasih apabila bapak/ibu bersedia meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner yang terdapat pada lembar ini dan kerahasiaan jawaban responden akan terjamin. Semoga perbuatan baik responden dapat memberikan masukan bagi pengembangan keperawatan dimasa yang akan datang.

Tangerang, Agustus 2023

Peneliti

(Dini Anggraeni)

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....(Inisial)  
Umur : .....Tahun  
Jenis Kelamin : L / P \*)  
Alamat : .....  
No. Hp : .....

Setelah mendengarkan penjelasan dari peneliti, dengan ini menyatakan **Bersedia/ Tidak Bersedia\*)** untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Doktor Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar yang bernama **Dini Anggraeni** dengan judul **"Implementasi Penatalaksanaan *Discharge Planning* oleh Tenaga Medis Terhadap *Length Of Stay* di Ruang Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Tangerang"**.

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar,... Agustus 2023

Yang Menyatakan

(.....)

Keterangan :  
\*) = coret yang tidak perlu

## LEMBAR KUESIONER

## Petunjuk Pengisian:

1. Berikan tanda cek (√) pada jawaban yang tersedia sesuai dengan jawaban yang saudara pilih.
2. Tulislah jawaban secara singkat dan jelas pada tempat yang telah tersedia.
3. Mohon untuk TIDAK mengosongkan jawaban pada setiap pertanyaan.

KODE   
*Diisi oleh peneliti*

## A. DATA DEMOGRAFI

1. Umur : ..... Tahun
2. Jenis kelamin :  Laki-laki  Perempuan
3. Pendidikan terakhir :  D3  S1  
 S2  Ners
4. Status Pernikahan :  Menikah  Belum Menikah  
 Janda  Duda
5. Lama Bekerja : .....
6. Pengalaman Pelatihan tentang *Discharge Planning*  Pernah  
 Tidak Pernah

**B. SURVEI PERSEPSI PERAWAT TERKAIT PELAKSANAAN *DISCHARGE PLANNING* / TRANSFER PASIEN DAN KELUARGA YANG MERAWAT.**

**Petunjuk Pengisian:**

1. Berilah tanda check (√) pada jawaban yang tersedia sesuai jawaban yang anda pilih.
2. Mohon untuk TIDAK mengosongkan jawaban pada setiap pertanyaan.

<b>A. INFORMASI</b>							
<b>1. Setelah pasien masuk ke rumah sakit, staf perawat memberikan informasi kepada keluarga yang merawat pasien, yang meliputi:</b>							
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	Tidak tahu
a)	Informasi tentang diagnosa pasien sertarencana pengobatan dan perawatannya.						
b)	Nomor kontak RS yang dapat dihubungi setiap hari dalam 24 jam untuk mendapatkan informasi terkait kondisi pasien						
c)	Penjelasan tentang peran anggota keluarga (misalnya mengapa hanya boleh 1 orang penjaga pasien di RS, apa yang diharapkan, dan keterlibatan bagi anggota keluarga lainnya)						
d)	Penjelasan tentang pentingnya peran keluarga dalam merawat pasien						
e)	Salinan pernyataan yang memperjelas bahwa staf RS diperbolehkan untuk memberikan informasi medis kepada anggota keluarga yang ditunjuk kecuali kepada pasien						
f)	Informasi tentang fasilitas dan layanan yang tersedia untuk keluarga pasien selama di rawat inap (seperti pertemuan keluarga, penginapan, dll)						
<b>2. Pada hari-hari pertama pasien di rumah sakit, perawat mempersiapkan keluarga yang merawat pasien dengan informasi:</b>							
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	Tidak tahu
a)	Perkiraan lama hari rawat pasien.						
b)	Informasi tentang kebijakan rumah sakityaitu tentang pembayaran dan layanan asuransi yang tersedia						

c)	Penjelasan tentang memadai/tidaknya layanan asuransi untuk mengcover layanan kesehatan setelah pasien pulang						
----	--	--	--	--	--	--	--

## B. PENILAIAN

### 3. Perawat secara rutin menilai kemampuan dan kemauan dari keluarga untuk membantu dalam perawatan pasien setelah pulang.

		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	Tidak tahu

Item ini dilanjutkan dengan menjawab YA atau TIDAK

		Ya	Tidak
a)	Menggunakan lembar instrumen pengkajian khusus pengasuh/keluarga		
b)	Wawancara		
c)	Pengamatan langsung		
d)	Lain-lain (jelaskan):		

## C. PERSIAPAN PULANG

### 4. Untuk mempersiapkan pasien pulang / pindah, perawat memastikan bahwa keluarga diberikan informasi tentang:

		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	Tidak tahu
a)	Perkiraan kapan pasien boleh pulang						
b)	Diberikan waktu yang cukup untuk membuat pemberitahuan keputusan sebelum pasien pulang						
c)	Diberikan informasi tertulis tentang hak pasien terkait dengan kepulangan, termasuk permohonan pulang ke rumah.						
d)	Diberikan informasi tentang jenis layanan lain yang tersedia, seperti perawatan di rumah, jasa perawatan lansia, dll						
e)	Biaya perawatan untuk jenis layanan kesehatan yang berbeda pada saat pulang.						
f)	Informasi tentang pelayanan penting dan peralatan yang dibutuhkan pada saat pasien pulang (misalnya transportasi/ambulans, tempat tidur rumah sakit, alat bantu berjalan, dll) dan bagaimana mendapatkannya.						



g)	Diberikan informasi tentang sumber daya masyarakat yang tersedia untuk keluarga, seperti yayasan pendukung untuk keluarga ( <i>support group</i> ), bantuan keuangan, jasa penangguhan, dll						
----	---	--	--	--	--	--	--

**5. Apabila ada rujukan ke bagian layanan *home care*/perawatan di rumah, staf perawat menyampaikan tentang kemungkinan adanya jeda hari perawatan antara setelah pasien keluar dari RS dan saat dimulainya layanan *home care*:**

		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	Tidak tahu

#### **D. KOMUNIKASI DALAM PEMBERIAN INFORMASI**

**6. Dalam berkomunikasi dengan keluarga pasien, staf perawat akan:**

		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	Tidak tahu
a)	Memastikan bahwa keluarga diberikan informasi tepat waktu, terkait kondisi pasien dan kemungkinan sembuh, yang diberikan secara sederhana dan mudah dimengerti						
b)	Memastikan bahwa keluarga ikut terlibat aktif dalam pengambilan keputusan						
c)	Menyediakan bahan informasi yang dicetak dalam berbagai bahasa, bila diperlukan						
d)	Menggunakan penerjemah profesional (pengarah bahasa, staf yang menguasai bahasa asing) ketika diperlukan						

#### **E. LATIHAN**

**7. Staf perawat mempersiapkan keluarga untuk membantu pasien saat akan pulang, dalam hal-hal berikut:**

		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	Tidak tahu
a)	Teliti dan akurat dalam memberikan obat-Obatan						
b)	Mengamati dan melaporkan gejala dan efek samping obat						
c)	Memantau dan dapat mengoperasikan peralatan medis, jika dibutuhkan						
d)	Mengatur pola makan dan aktivitas pasien						

e)	Mengenali/melaporkan jika kondisi pasien mulai memburuk						
<b>F. PEMULANGAN PASIEN (DISCHARGE)</b>							
<b>8. Pada saat pulang, staf perawat mempersiapkan keluarga yang merawat pasien dengan:</b>							
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	Tidak tahu
a)	Salinan dari <i>discharge planning</i> atau perencanaan pulang dengan jelas terkait petunjuk tentang obat, diet, aktivitas, dan manajemen gejala						
b)	Nomor telepon dari staf RS yang dapat dihubungi apabila ada yang ingin ditanyakan						
c)	Daftar obat pasien saat ini, termasuk obat tanpa resep seperti obat herbal, sekaligus dosis dan petunjuk lainnya						
d)	Informasi tentang jadwal awal kunjungan ke RS/Puskesmas setelah pasien pulang ke rumah						
<b>9. Ketika pasien akan dipindahkan dengan rujukan ke layanan perawatan dirumah (<i>home care</i>) atau ke fasilitas kesehatan lainnya, staf perawat memberikan informasi tentang:</b>							
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	Tidak tahu
a)	Informasi tentang keluarga yang merawat pasien, kepada lembaga <i>home care</i> atau ke fasilitas kesehatan lainnya						
b)	Informasi tentang lembaga <i>home care</i> atau fasilitas kesehatan lain kepada keluarga, sehingga dapat terjadi komunikasi antar keluarga dan lembaga fasilitas kesehatan tersebut.						
<b>G. TINDAK LANJUT SETELAH KELUAR RUMAH SAKIT</b>							
<b>10. Staf perawat menghubungi anggota keluarga pasien melalui telepon untuk mengatasi pertanyaan dan kekhawatiran keluarga:</b>							
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	Tidak tahu
a)	Anggota keluarga dihubungi dalam waktu 24 jam setelah pasien pulang						
b)	Anggota keluarga dihubungi dalam waktu 1 minggu atau 2 minggu setelah pasien pulang						
<b>H. PENINGKATAN MUTU</b>							
<b>11. Secara keseluruhan, saya merasa bahwa staf perawat memperhatikan kebutuhan keluarga yang merawat pasien.</b>							

		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	Tidak tahu
<b>12. Secara keseluruhan, saya merasa bahwa pasien dan keluarga puas dengan layanan, dukungan, dan informasi yang mereka terima.</b>							
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	Tidak tahu
<b>13. Staf perawat mengevaluasi pengalaman keluarga yang merawat pasien, dan menggunakan informasi tersebut untuk meningkatkan kualitas pelayanan.</b>							
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah	Tidak tahu
<b>KOMENTAR:</b>							

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (IN-DEPTH INTERVIEW)**

Data Demografi	:	.....
Kode Partisipan	:	.....
Umur	:	.....
Jenis Kelamin	:	.....
Tingkat pendidikan terakhir	:	.....
Unit pelayanan/ruangan	:	.....
Lama Bekerja/posisi jabatan	:	.....
Pengalaman Pelatihan tentang Penatalaksanaan dan/atau <i>discharge planning</i>	:	.....
Hari / tanggal wawancara	:	.....
Tempat wawancara	:	.....
Waktu wawancara	:	.....
Pewawancara	:	.....

*Saya sangat tertarik untuk mengetahui pendapat saudara sebagai perawat yang paling mengetahui pelaksanaan discharge planning di ruangan ini. Dapatkah Saudara menceritakan apa saja terkait dengan pelaksanaan discharge planning yang selama ini berjalan di ruangan ini, termasuk semua peristiwa, pendapat, pikiran dan perasaan yang dialami saat ini.*

1. *Pertanyaan Pembuka*
  - a. *Assalam alaikum wr.wb. , apa kabar?*
  - b. *Mengingatkan kontrak sebelumnya untuk wawancara hari ini, dan melakukan kontrak waktu wawancara (durasi 30-45 menit).*
2. *Pertanyaan Inti*
  - a. *Dapatkah anda menceritakan bagaimana pelaksanaan discharge planning yang selama ini dilaksanakan di rumah sakit ini?*
  - b. *Dapatkah anda menceritakan bagaimana hambatan yang selama ini dihadapi oleh perawat dalam melaksanakan discharge planning di ruangan?*
3. *Pertanyaan Penutup*
  - a. *Adakah hal lain yang ingin anda sampaikan terkait dengan discharge planning di ruangan ini selain dari apa yang sudah saya tanyakan sebelumnya?*
  - b. *Apabila masih ada informasi yang saya butuhkan, bisakah saya menghubungi andakembali?*
  - c. *Terimakasih atas kesediaan waktunya untuk diwawancarai. Semoga informasi yang anda berikan dapat memberikan wawasan baru mengenai pelaksanaan dari discharge planning di rumah sakit.*

**TEMPLATE ANALISIS TEMATIK WAWANCARA INDIVIDUAL**

<b>MENGEKSPORE PELAKSANAAN DISCHARGE PLANNING</b>								
<b>P/1</b>	<b>P/2</b>	<b>P/3</b>	<b>P/4</b>	<b>P/5</b>	<b>KATA KUNCI</b>	<b>KATEGORI</b>	<b>SUB TEMA</b>	<b>TEMA</b>
					<i>Hanya diisi oleh dokter</i>	Belum terintegrasi		<b>Pelaksanaan discharge planning belum optimal</b>
					<i>Tidak ada format DP perawat</i>	Tidak ada format perawat		
					<i>Perencanaan lama perawatan pasien</i>	Perencanaan lama rawat	<b>Perencanaan lama rawat pasien</b>	<b>Pemahaman perawat tentang discharge planning</b>
					<i>Pendidikan kesehatan</i>	Edukasi		
					<i>Mengurangi lama rawat</i>	Mengurangi lama rawat		
					<i>Memperkirakan lama rawat</i>	Perkiraan lama rawat		
					<i>Diisi dalam 24 jam sejak pasien masuk rawat inap</i>	Dilakukan 24 jam pertama pasien dirawat	<b>Waktu pemberian discharge planning</b>	
					<i>Dilakukan dari pasien masuk hingga pulang</i>	Dilakukan dari pasien masuk hingga pulang		
					<i>Mempersiapkan kebutuhan pasien dirumah sakit dan saat pulang</i>	Mempersiapkan kebutuhan pasien	<b>Mempersiapkan kebutuhan pasien</b>	
					<i>Siapa keluarga yang mengurus dirumah</i>	Mengidentifikasi pengasuh dirumah		
<b>MENGEKSPORE HAMBATAN PELAKSANAAN DISCHARGE PLANNING</b>								
<b>P/1</b>	<b>P/2</b>	<b>P/3</b>	<b>P/4</b>	<b>P/5</b>	<b>KATA KUNCI</b>	<b>KATEGORI</b>	<b>SUB TEMA</b>	<b>TEMA</b>
					<i>Masih perlu pelatihan, belum ada pelatihan</i>	kurangnya pelatihan discharge planning		<b>Kurangnya pelatihan dan sosialisasi</b>

					<i>Belum ada evaluasi, sosialisasi format tidak ada</i>	Kurangnya sosialisasi format Dokumentasi		
					<i>Komitmen dalam mengisi format</i>	Partisipasi perawat		<b>Tantangan pelaksanaan dischargeplanning</b>
					<i>Harus ada format dari rekam medis</i>			
					<i>Ada pelatihan dan sosialisasi</i>	Dukungan organisasi		
					<i>Kerjasama seluruh pihak</i>			

## HASIL ANALISIS "DATA DEMOGRAFI"

## Statistics

	usia responden	jenis kelamin	pendidikan terakhir	status pernikahan	Lama bekerja
Valid	77	77	77	77	77
Missing	0	0	0	0	0
Mean	30.61	1.74	2.03	1.26	5.79
Median	29.00	2.00	2.00	1.00	4.00
Mode	28	2	3	1	4

## Frequency Table

## usia responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20	1	1.3	1.3	1.3
21	2	2.6	2.6	3.9
24	3	3.9	3.9	7.8
25	2	2.6	2.6	10.4
26	6	7.8	7.8	18.2
27	9	11.7	11.7	29.9
28	11	14.3	14.3	44.2
29	6	7.8	7.8	51.9
30	6	7.8	7.8	59.7
31	2	2.6	2.6	62.3
32	7	9.1	9.1	71.4
33	4	5.2	5.2	76.6
34	3	3.9	3.9	80.5
36	2	2.6	2.6	83.1
37	5	6.5	6.5	89.6
39	2	2.6	2.6	92.2
40	3	3.9	3.9	96.1
41	1	1.3	1.3	97.4
42	1	1.3	1.3	98.7

54	1	1.3	1.3	100.0
Total	77	100.0	100.0	

**jenis kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	20	26.0	26.0	26.0
	Perempuan	57	74.0	74.0	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

**pendidikan terakhir**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D3	32	41.6	41.6	41.6
	S1	11	14.3	14.3	55.8
	Ners	34	44.2	44.2	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

**status pernikahan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	58	75.3	75.3	75.3
	Belum menikah	18	23.4	23.4	98.7
	Janda	1	1.3	1.3	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

**Lama bekerja**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	10	13.0	13.0	13.0
	3	16	20.8	20.8	33.8
	4	17	22.1	22.1	55.8
	5	5	6.5	6.5	62.3
	6	5	6.5	6.5	68.8
	7	1	1.3	1.3	70.1
	8	1	1.3	1.3	71.4



9	1	1.3	1.3	72.7
10	14	18.2	18.2	90.9
11	2	2.6	2.6	93.5
13	2	2.6	2.6	96.1
14	2	2.6	2.6	98.7
15	1	1.3	1.3	100.0
Total	77	100.0	100.0	

#### Pengalaman pelatihan DP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pernah	9	11.7	11.7	11.7
	Tidak pernah	68	88.3	88.3	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

### HASIL ANALISIS "SURVEY DISCHARGE PLANNING"

#### informasi diagnosis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	selalu	64	83.1	83.1	83.1
	sering	12	15.6	15.6	98.7
	kadang2	1	1.3	1.3	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

#### instrumen pengkajian khusus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	49	63.6	63.6	63.6
	tidak	28	36.4	36.4	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

**Wawancara**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	68	88.3	88.3	88.3
	tidak	9	11.7	11.7	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

**pengamatan langsung**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	69	89.6	89.6	89.6
	tidak	8	10.4	10.4	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

**informasi diagnosis**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	selalu	64	83.1	83.1	83.1
	sering	12	15.6	15.6	98.7
	kadang2	1	1.3	1.3	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

**perkiraan pasien pulang**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	selalu	16	20.8	20.8	20.8
	sering	33	42.9	42.9	63.6
	kadang2	15	19.5	19.5	83.1
	jarang	2	2.6	2.6	85.7
	tidak pernah	7	9.1	9.1	94.8
	tidak tahu	4	5.2	5.2	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

**keputusan sebelum pulang**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	selalu	40	51.9	51.9	51.9
	sering	20	26.0	26.0	77.9
	kadang2	12	15.6	15.6	93.5
	jarang	4	5.2	5.2	98.7
	tidak pernah	1	1.3	1.3	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

#### hak pasien pulang

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	selalu	36	46.8	46.8	46.8
	sering	34	44.2	44.2	90.9
	kadang2	6	7.8	7.8	98.7
	tidak pernah	1	1.3	1.3	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

#### jenis layanan lain

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	selalu	34	44.2	44.2	44.2
	sering	21	27.3	27.3	71.4
	kadang2	11	14.3	14.3	85.7
	jarang	3	3.9	3.9	89.6
	tidak pernah	7	9.1	9.1	98.7
	tidak tahu	1	1.3	1.3	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

#### biaya perawatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	selalu	13	16.9	16.9	16.9
	sering	11	14.3	14.3	31.2
	kadang2	18	23.4	23.4	54.5
	jarang	5	6.5	6.5	61.0
	tidak pernah	27	35.1	35.1	96.1
	tidak tahu	3	3.9	3.9	100.0
	Total	77	100.0	100.0	

## FORMAT DISCHARGE PLANNING



Jl. Pulau Putri Raya Perumahan Moderland  
Kelurahan Kelapa Indah Kecamatan Tangerang  
Telp.: 021 2972 0201, 021 2972 0202

Nama Lengkap : .....  
No. Rekam Medik : .....  
Tanggal Lahir : .....  
Jenis Kelamin : L/P

(Tempelkan stiker pasien jika tersedia)

## PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT INAP

(dilengkapi dalam waktu 24 jam pertama pasien masuk ruang rawat inap)

Ruang Rawat/Unit Kerja : .....

PENGKAJIAN KEPERAWATAN (Diisi Oleh Perawat)			
Tanggal/Jam masuk	: .....		
Tanggal / Jam Pengkajian	: .....		
Agama	: <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Katolik <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> .....		
Pendidikan	: .....		
Cara Masuk RS	: <input type="checkbox"/> IRJ <input type="checkbox"/> IGD <input type="checkbox"/> Lain-lain.....		
Tiba di ruang rawat dengan cara	: <input type="checkbox"/> Jalan <input type="checkbox"/> Brankar <input type="checkbox"/> Kursi Roda		
DATA KESEHATAN PASIEN			
Informasi diperoleh dari	: <input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan.....		
Keluhan Utama	: .....		
Mulai timbul keluhan	: ..... Lama keluhan:.....		
Faktor pencetus	: <input type="checkbox"/> Infeksi <input type="checkbox"/> Lain-lain.....		
Sifat keluhan	: <input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Kronik		
Riwayat Penyakit Sekarang	: .....		
Riwayat Penyakit Terdahulu	: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Lain-lain.....		
Riwayat Penyakit keluarga	: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Lain-lain.....		
Pernah dirawat	: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Kapan..... dimana.....		
Kebiasaan	: <input type="checkbox"/> Merokok: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, ..... Batang/hari <input type="checkbox"/> Alkohol : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, ..... gelas/hari <input type="checkbox"/> Obat tidur/Narkoba : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Olahraga : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya		
Riwayat Operasi	: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Kapan..... dimana.....		
Membawa obat dari luar	: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya (jika Ya, laporkan farmasi untuk rekonsiliasi obat)		
RIWAYAT ALERGI			
Alergi	: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu <input type="checkbox"/> Ya, Bila ya		
Alergi obat	: Sebutkan ..... Reaksi .....		
Alergi makanan	: Sebutkan ..... Reaksi .....		
<i>(Bila ada alergi segera pasang gelang merah dan tulis nama obat/makanan)</i>			
RIWAYAT KEHAMILAN (diisi hanya untuk pasien perempuan)			
Apakah dalam keadaan hamil	: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya		
Apakah sedang menyusui	: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya		
Riwayat kelahiran	: <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Operasi <input type="checkbox"/> Cukup Bulan <input type="checkbox"/> Kurang Bulan		
PEMERIKSAAN FISIK DAN TANDA-TANDA VITAL			
<b>Kesadaran:</b> <input type="checkbox"/> Composmentis <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Somnolen <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Koma GCS : E = M = V =	Tekanan Darah : mmHg	Suhu : °C	
	Frekuensi Nadi : x/mnt	Frekuensi nafas : x/mnt	
	Tinggi badan : cm	Berat badan : Kg	
<b>Sistem Pernafasan</b>	: <input type="checkbox"/> Vesikuler <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ronchi <input type="checkbox"/> Dispnoe <input type="checkbox"/> Stridor		
Suara Napas	: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bradipnea <input type="checkbox"/> Tachipnea		
Pola napas	: <input type="checkbox"/> Pernapasan dada <input type="checkbox"/> Pernapasan perut <input type="checkbox"/> Cuping hidung		
Jenis pernapasan	: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya		
Otot bantu napas	: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya		
Irama napas	: <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur		
Batuk dan sekresi	: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Produktif <input type="checkbox"/> Non produktif <input type="checkbox"/> Hemoptoe <input type="checkbox"/> Lain-lain.....		

1/8

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

FORM-KEP-15-01

PENGKAJIAN KEPERAWATAN (Diisi Oleh Perawat)			
<b>Sistem Kardio-vaskuler</b>			
Warna kulit	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Kemerahan	<input type="checkbox"/> Sianosis <input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Lain-lain.....
Nyeri dada	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, sebutkan.....	
Denyut nadi	<input type="checkbox"/> Teratur	<input type="checkbox"/> Tidak teratur	
Sirkulasi	<input type="checkbox"/> Akral hangat	<input type="checkbox"/> Akral dingin	<input type="checkbox"/> Rasa kebas
	<input type="checkbox"/> palpitasi	<input type="checkbox"/> Edema, lokasi.....	
Pulsasi	<input type="checkbox"/> Kuat	<input type="checkbox"/> Lemah	<input type="checkbox"/> Lain-lain.....
<b>Sistem Pencernaan</b>			
Mulut	<input type="checkbox"/> Tidak ada kelainan	<input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris <input type="checkbox"/> Mukosa mulut kering
	<input type="checkbox"/> Bibir pucat	<input type="checkbox"/> Lain-lain.....	
Gigi	<input type="checkbox"/> Tidak ada kelainan	<input type="checkbox"/> Caries	<input type="checkbox"/> Goyang <input type="checkbox"/> Gigi palsu <input type="checkbox"/> Lain-lain.....
Lidah	<input type="checkbox"/> Tidak ada kelainan	<input type="checkbox"/> Koto	<input type="checkbox"/> Gerakan Asimetris <input type="checkbox"/> Lain-lain.....
Tenggorokan	<input type="checkbox"/> Gangguan menelan	<input type="checkbox"/> Sakit menelan	<input type="checkbox"/> Lain-lain.....
Abdomen	<input type="checkbox"/> Asites	<input type="checkbox"/> Tegang	<input type="checkbox"/> Supel <input type="checkbox"/> Lain-lain.....
Nafsu Makan	<input type="checkbox"/> Tetap	<input type="checkbox"/> Naik	<input type="checkbox"/> Turun
Mual	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Tidak	
Muntah	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Tidak	
Kesulitan Menelan	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Tidak	
<b>Eliminasi</b>			
BAB	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Konstipasi	<input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Inkontinensia ahl
	<input type="checkbox"/> Colostomy	<input type="checkbox"/> Diare.....x/hr	
BAK	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hematuri	<input type="checkbox"/> Nokturia <input type="checkbox"/> Inkontinensia uri
	<input type="checkbox"/> Urostomi	<input type="checkbox"/> Urin menetes	<input type="checkbox"/> Kateter Warna.....
	<input type="checkbox"/> Distensi kandung kemih	<input type="checkbox"/> Lain-lain.....	
<b>Sistem Muskuloskeletal</b>			
Tulang	<input type="checkbox"/> Fraktur terbuka, Lokasi.....	<input type="checkbox"/> Fraktur tertutup, Lokasi.....	
	<input type="checkbox"/> Amputasi	<input type="checkbox"/> Tumor tulang	<input type="checkbox"/> Nyeri tulang
Sendi	<input type="checkbox"/> Dislokasi	<input type="checkbox"/> Infeksi	<input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> Oedema ROM
	<input type="checkbox"/> Lain-lain.....		
<b>Sistem Integumen</b>			
Warna	<input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Sianosis <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Lain-lain.....	
Turgor	<input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Buruk		
Kulit	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Kemerahan	<input type="checkbox"/> Lesi <input type="checkbox"/> Luka
	<input type="checkbox"/> Memar <input type="checkbox"/> Petechie	<input type="checkbox"/> Bulae	<input type="checkbox"/> Lain-lain.....
<b>Sistem Indera</b>			
Penglihatan	<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Buram	<input type="checkbox"/> Tidak bisa melihat
	<input type="checkbox"/> Pakai alat bantu	<input type="checkbox"/> Hypema	
Penciuman	<input type="checkbox"/> Sekresi	<input type="checkbox"/> Polip	<input type="checkbox"/> Gangguan fungsi penciuman
Pendengaran	<input type="checkbox"/> Kurang jelas	<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Tidak bisa mendengar
	<input type="checkbox"/> Pakai alat bantu	<input type="checkbox"/> Nyeri telinga	
Pengecap	<input type="checkbox"/> Tidak ada kelainan	<input type="checkbox"/> Gangguan fungsi pengecap	<input type="checkbox"/> Lain-lain.....
<b>Sistem Persyarafan</b>			
<input type="checkbox"/> Pusing	<input type="checkbox"/> Kesemutan	<input type="checkbox"/> Kelumpuhan, Lokasi.....	<input type="checkbox"/> Kejang
<input type="checkbox"/> Hemiparese	<input type="checkbox"/> Muntah Proyektil	<input type="checkbox"/> Kaku kuduk	
	<input type="checkbox"/> Afasia	<input type="checkbox"/> Tremor	<input type="checkbox"/> Lain-lain.....
<b>Sistem Reproduksi</b>			
Alat Genital	<input type="checkbox"/> Oedema	<input type="checkbox"/> Varices	<input type="checkbox"/> Hygiene (Bersih/Kotor)*
	<input type="checkbox"/> Hemoroid	<input type="checkbox"/> Hipospadia	<input type="checkbox"/> Masalah prostat
	<input type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris	<input type="checkbox"/> Infamasi <input type="checkbox"/> Nyeri
Payudara	<input type="checkbox"/> Massa	<input type="checkbox"/> Lesi/lecet	<input type="checkbox"/> Lain-lain.....
<b>PSIKOSOSIAL, EKONOMI, DAN SPIRITUAL</b>			
Status Psikologis	<input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Takut <input type="checkbox"/> Marah <input type="checkbox"/> Sedih <input type="checkbox"/> Kecendrungan bunuh diri <input type="checkbox"/> Lain-lain.....		
Status Mental	<input type="checkbox"/> Sadar dan orientasi baik		
	<input type="checkbox"/> Ada masalah perilaku, sebutkan .....		
	<input type="checkbox"/> Perilaku kekerasan yang dialami pasien sebelumnya		
<b>Kebutuhan Sosial :</b>			
Status pernikahan	<input type="checkbox"/> Menikah	<input type="checkbox"/> Belum menikah	<input type="checkbox"/> Duda/janda
Keluarga	<input type="checkbox"/> Tinggal serumah	<input type="checkbox"/> Tinggal sendiri	<input type="checkbox"/> Lain-lain.....
Hubungan pasien dan anggota keluarga : <input type="checkbox"/> baik <input type="checkbox"/> tidak baik			
Tempat tinggal : Rumah / Apartemen / Panti / Lainnya .....			

Nama Lengkap : .....  
 No. Rekam Medik : .....  
 Tanggal Lahir : .....  
 Jenis Kelamin : L/P

PENGKAJIAN KEPERAWATAN (Diisi Oleh Perawat)	
<b>Status Ekonomi dan Sosial</b>	
Pekerjaan : <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Pegawai swasta <input type="checkbox"/> PNS	
<input type="checkbox"/> Pensiunan <input type="checkbox"/> Tidak bekerja	
Cara pembayaran : <input type="checkbox"/> Biaya Sendiri <input type="checkbox"/> BPJS <input type="checkbox"/> Asuransi..... <input type="checkbox"/> Lain-lain.....	
<b>Status nilai-nilai kepercayaan</b>	
Keyakinan : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Sebutkan .....	
Nilai-nilai Kepercayaan : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Sebutkan .....	
Kegiatan Keagamaan yang biasa dilakukan : .....	
<b>PENGKAJIAN SPIRITUAL</b>	
Kemampuan beribadah	
Wajib Ibadah : <input type="checkbox"/> Baligh <input type="checkbox"/> Belum Baligh <input type="checkbox"/> Halangan Lain.....	
Thaharah : <input type="checkbox"/> Berwudlu <input type="checkbox"/> Tayamum	
Sholat : <input type="checkbox"/> Berdiri <input type="checkbox"/> Duduk <input type="checkbox"/> Berbaring	
<b>BUDAYA</b>	
Nilai Budaya yang dimiliki terkait dengan penyebab penyakit/masalah kesehatan adalah	
<input type="checkbox"/> Hukum <input type="checkbox"/> Ujian <input type="checkbox"/> Kesalahan <input type="checkbox"/> Takdir <input type="checkbox"/> Buatan orang lain <input type="checkbox"/> lain-lain.....	
Kebiasaan pasien saat sakit (Pola aktivitas dan istirahat): .....	
Pola Komunikasi : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Introvert <input type="checkbox"/> Ekstrovert <input type="checkbox"/> Lain-lain.....	
Pola Makan : <input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Tidak sehat : Makanan Pokok : <input type="checkbox"/> Nasi <input type="checkbox"/> Selain Nasi.....	
Pantang Makanan : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Sebutkan.....	
Konsumsi Makanan dari luar : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Sebutkan.....	
Mempunyai pengaruh kepercayaan yang dianut terhadap penyakit:	
<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya.....	
<b>IDENTIFIKASI KEBUTUHAN KOMUNIKASI, BELAJAR/EDUKASI</b>	
Kewarganegaraan : <input type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA	Pemahaman tentang penyakit dan perawatan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
Suku Bangsa:.....	Pemahaman tentang pengobatan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
Bicara : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gangguan bicara, jelaskan.....	Pemahaman tentang nutrisi diet/gizi <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
Perlu penterjemah : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya,	Pemahaman tentang spiritual <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
Bahasa :.....	Pemahaman tentang peralatan medis <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
Bahasa isyarat : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	Pemahaman tentang rehab medik <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	Pemahaman tentang manajemen nyeri <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
<b>HAMBATAN UNTUK MENERIMA EDUKASI</b>	
<input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada gangguan pendengaran	
<input type="checkbox"/> Ada gangguan emosi <input type="checkbox"/> Buta huruf	
<input type="checkbox"/> Ada Keterbatasan dalam hal budaya/Spiritual/Agama <input type="checkbox"/> Ada gangguan kognitif	
<input type="checkbox"/> Ada gangguan penglihatan <input type="checkbox"/> Keterbatasan Motivasi	
<input type="checkbox"/> Ada gangguan fisik <input type="checkbox"/> Ada keterbatasan dalam berbahasa	
<b>SKRINING NUTRISI (Malnutrition Screening Tool Modifikasi/MST Modifikasi)</b>	
Indikator Penilaian Malnutrisi	Penilaian
Apakah pasien mengalami penurunan berat badan yang tidak direncanakan / tidak disengaja dalam 6 bulan terakhir	
<input type="checkbox"/> Tidak	Skor 0
<input type="checkbox"/> Tidak yakin	Skor 2
<input type="checkbox"/> Ya, ada penurunan BB sebanyak :	
1. 1-5 kg	Skor 1
2. 6-10 kg	Skor 2
3. 11-15 kg	Skor 3
4. > 15 kg	Skor 4
5. Tidak tahu berapa Kg penurunannya	Skor 2
Apakah asupan makan pasien berkurang karena penurunan nafsu makan (atau karena kesulitan menerima makanan) ?	
<input type="checkbox"/> Tidak	Skor 0
<input type="checkbox"/> Ya,	Skor 1
Total Skor Skrining MST (Malnutrition Screening Tool) .....	
Jika skor $\geq 2$ pasien mengalami risiko gizi kurang, dilaporkan kedokter jaga ruangan / DPJP untuk konfirmasi ke dietisin	
Jika skor < 2 dengan jenis penyakit tertentu, dilaporkan kedokterjaga ruangan / DPJP untuk konfirmasi ke dietisin	

3/8

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

FORM-KEP-15 -01

PENGKAJIAN KEPERAWATAN [Disisi Oleh Perawat]																												
PENILAIAN KEMAMPUAN FUNGSIONAL (INDEKS BARTHEL)	PENILAIAN TINGKAT NYERI																											
<b>Aktifitas yang dinilai</b>	<b>Nilai</b>																											
<b>Makan</b> 0 : tidak mampu 5 : dibantu (makan dipotong-potong dulu) 10: mandiri <b>Mandi</b> 0 : dibantu 5 : mandiri (menggunakan shower) <b>Personal hygiene (cuci muka, menyisir rambut, bercukur jenggot, gogok gigi)</b> 0 : dibantu 5 : mandiri <b>Berpakaian (Termasuk mengenakan sepatu)</b> 0 : dibantu seluruhnya 5 : dibantu sebagian 10 : mandiri (termasuk mengancing baju, memakai tali sepatu dan resleting) <b>Buang Air Besar (BAB)</b> 0 : tidak dapat mengontrol (perlu diberikan enema) 5 : kadang mengalami kecelakaan 10: mampu mengontrol BAB <b>Buang Air Kecil (BAK)</b> 0 : tidak dapat mengontrol BAK dan menggunakan kateter 5 : kadang mengalami kecelakaan 10: mampu mengontrol BAK <b>Berpindah (dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya)</b> 0 : tidak ada keseimbangan untuk duduk 5 : dibantu satu atau dua orang dan bisa duduk 10 : dibantu (lisan atau fisik) 15: mandiri <b>Toiletting (masuk keluar toilet sendiri)</b> 0 : dibantu seluruhnya 5 : dibantu sebagian 10 : mandiri (melepas atau memakai pakaian, menyiram WC, membersihkan organ kelamin) <b>Mobilisasi (berjalan di permukaan datar)</b> 0 : tidak dapat berjalan 5 : menggunakan kursi roda 10: berjalan dengan bantuan satu orang 15: mandiri <b>Naik dan turun tangga</b> 0 : tidak mampu 5 : dibantu menggunakan tongkat 10 : mandiri <b>JUMLAH SKOR</b>	 <b>Keterangan :</b> <input type="checkbox"/> Ringan : 1-3 <input type="checkbox"/> Sedang : 4-6 <input type="checkbox"/> Berat : 7-10  Nyeri hilang, bila : <input type="checkbox"/> Minum obat <input type="checkbox"/> Mendengar musik <input type="checkbox"/> Istirahat <input type="checkbox"/> Berubah posisi / tidur <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan: .....  <b>PENILAIAN RESIKO JATUH DEWASA</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PARAMETER</th> <th>Nilai</th> <th>Skore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Riwayat Jatuh dalam waktu 3 bulan sebab apapun</td> <td><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</td> <td>25 0</td> </tr> <tr> <td>Diagnosis Sekunder (≥2 Diagnosis Medis)</td> <td><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</td> <td>15 0</td> </tr> <tr> <td>Alat bantu jalan <input type="checkbox"/> Tidak ada/kursi roda <input type="checkbox"/> Kruk/Tongkat/Walker</td> <td><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya</td> <td>0 15</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Berpegangan pada benda-benda disekitar/furniture</td> <td><input type="checkbox"/> Ya</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>Terpasang infus/Heparin Lock</td> <td><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</td> <td>20 0</td> </tr> <tr> <td>Cara Berjalan atau berpindah <input type="checkbox"/> Normal/bedrest/imobilisasi <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Terganggu</td> <td><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya</td> <td>0 10 20</td> </tr> <tr> <td>Status Mental <input type="checkbox"/> Sadar akan kemampuan diri sendiri <input type="checkbox"/> Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki</td> <td><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya</td> <td>0 15</td> </tr> <tr> <td><b>JUMLAH SKOR</b></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <b>Keterangan :</b> Tidak Beresiko : 0-24 Resiko Rendah : 25-50 Resiko Tinggi : ≥ 51	PARAMETER	Nilai	Skore	Riwayat Jatuh dalam waktu 3 bulan sebab apapun	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	25 0	Diagnosis Sekunder (≥2 Diagnosis Medis)	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	15 0	Alat bantu jalan <input type="checkbox"/> Tidak ada/kursi roda <input type="checkbox"/> Kruk/Tongkat/Walker	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	0 15	<input type="checkbox"/> Berpegangan pada benda-benda disekitar/furniture	<input type="checkbox"/> Ya	30	Terpasang infus/Heparin Lock	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	20 0	Cara Berjalan atau berpindah <input type="checkbox"/> Normal/bedrest/imobilisasi <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Terganggu	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	0 10 20	Status Mental <input type="checkbox"/> Sadar akan kemampuan diri sendiri <input type="checkbox"/> Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	0 15	<b>JUMLAH SKOR</b>		
PARAMETER	Nilai	Skore																										
Riwayat Jatuh dalam waktu 3 bulan sebab apapun	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	25 0																										
Diagnosis Sekunder (≥2 Diagnosis Medis)	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	15 0																										
Alat bantu jalan <input type="checkbox"/> Tidak ada/kursi roda <input type="checkbox"/> Kruk/Tongkat/Walker	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	0 15																										
<input type="checkbox"/> Berpegangan pada benda-benda disekitar/furniture	<input type="checkbox"/> Ya	30																										
Terpasang infus/Heparin Lock	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	20 0																										
Cara Berjalan atau berpindah <input type="checkbox"/> Normal/bedrest/imobilisasi <input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Terganggu	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	0 10 20																										
Status Mental <input type="checkbox"/> Sadar akan kemampuan diri sendiri <input type="checkbox"/> Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Ya	0 15																										
<b>JUMLAH SKOR</b>																												
<b>Keterangan :</b> 0 - 20 : ketergantungan penuh 21 - 62 : ketergantungan berat 62 - 90 : ketergantungan sedang 91 - 99 : ketergantungan ringan 100 : Mandiri																												

Nama Lengkap : .....  
 No. Rekam Medik : .....  
 Tanggal Lahir : .....  
 Jenis Kelamin : L/P

PENGKAJIAN KEPERAWATAN (Diisi Oleh Perawat)				
PENILAIAN RESIKO JATUH LANSIA (Usia > 60 th)				
No	Parameter	Skoring	Jawaban (lingkari)	Keterangan Nilai
1.	Riwayat Jatuh	Apakah pasien datang ke RS karena jatuh? Jika tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir ini?	Ya / tidak	Salah satu jawabannya = 6
2.	Status Mental	Apakah pasien delirium? (Tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat) Apakah pasien disorientasi? (salah menyebutkan waktu, tempat atau orang)	Ya / Tidak	Salah satu jawabannya = 14
3.	Penglihatan	Apakah pasien mengalami agitasi? (ketakutan, gelisah, dan cemas) Apakah pasien memakai kacamata? Apakah pasien mengeluh adanya penglihatan buram? Apakah pasien mempunyai glaukoma? Katarak / degenerasi makula?	Ya / Tidak Ya / Tidak Ya / Tidak Ya / Tidak	Salah satu jawabannya = 1
4.	Kebiasaan Berkemih	Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih? ( frekuensi, urgensi, inkontinensia, nokturia)	Ya / Tidak	Salah satu jawabannya = 2
5.	Transfer dari tempat tidur ke kursi dan kembali lagi ke tempat tidur	Mandiri ( boleh memakai alat bantu jalan ) Memerlukan sedikit bantuan ( 1 orang ) / dalam pengawasan Memerlukan bantuan yang nyata ( 2 orang ) Tidak dapat duduk dengan seimbang, perlu bantuan total	0 1 2 3	Jumlah nilai transfer dan mobilitas jika nilai total 0 – 3 = 0 nilai total 4 – 6 = 7
6.	Mobilitas	Mandiri ( boleh memakai alat bantu jalan ) Berjalan dengan bantuan 1 orang ( verbal / fisik ) Megggunakan kursi roda Imobilisasi	0 1 2 3	
<b>TOTAL</b>				
Keterangan : 0-5 = resiko rendah 6-16 = resiko sedang 17-30 = resiko tinggi				
SKRINING PASIEN AKHIR KEHIDUPAN				
NO	KRITERIA	YA	TIDAK	
1	Usia lebih dari 80 tahun			
2	Pasien Mengalami gagal nafas			
3	Pasien mengalami sepsis			
4	Pasien mengalami gagal organ multiple			
5	Pasien dengan karsinoma stadium 4			
Bila mana pasien memenuhi setidaknya tiga dari kondisi tersebut, maka dilakukan pelayanan pasien akhir kehidupan				
POPULASI KHUSUS (ISI SESUAI KEBUTUHAN PASIEN)				
<b>A. Geriatri</b>				
1.	Gangguan Penglihatan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, .....	
2.	Gangguan pendengaran	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, .....	
3.	Gangguan berkemih	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, <input type="checkbox"/> Inkontinensia	<input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Oliguria <input type="checkbox"/> Anuria
4.	Gangguan daya ingat	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, .....	
5.	Gangguan bicara	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, .....	
<b>B. Penyakit Menular</b>				
1.	Pasien mengetahui penyakit saat ini :	<input type="checkbox"/> Tahu	<input type="checkbox"/> Tidak	
2.	Sumber informasi tentang penyakit diperoleh dari :	<input type="checkbox"/> Dokter	<input type="checkbox"/> Perawat	<input type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Lain-lain.....
3.	Menerima informasi jangka waktu pengobatan :	<input type="checkbox"/> Ya, .....	minggu/bulan/tahun	<input type="checkbox"/> Tidak
4.	Melakukan pemeriksaan rutin :	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, .....	
5.	Cara penularan :	<input type="checkbox"/> Airbone	<input type="checkbox"/> Droplet	<input type="checkbox"/> Kontak langsung <input type="checkbox"/> Cairan tubuh
6.	Penyakit penyerta :	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, .....	
<b>C. Penyakit Penurunan Daya Tahan Tubuh</b>				
1.	Pasien mengetahui penyakit saat ini :	<input type="checkbox"/> Tahu	<input type="checkbox"/> Tidak	
2.	Sumber informasi tentang penyakit diperoleh dari :	<input type="checkbox"/> Dokter	<input type="checkbox"/> Perawat	<input type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Lain-lain.....
3.	Menerima informasi jangka waktu pengobatan :	<input type="checkbox"/> Ya, .....	minggu/bulan/tahun	<input type="checkbox"/> Tidak
4.	Melakukan pemeriksaan rutin :	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, .....	
5.	Penyakit penyerta :	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, .....	

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

FORM-KEP-15 -01

5/8



PENGKAJIAN KEPERAWATAN (Diisi Oleh Perawat)										
<b>D. Kesehatan Jiwa</b>										
Pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									
Riwayat pengobatan sebelumnya	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									
Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa serupa	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									
Apakah pasien bisa merawat dirinya sendiri	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									
Apakah pasien dapat berkomunikasi dengan baik	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									
Apakah bicara pasien dapat dipahami oleh perawat/dokter	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									
Adakah resiko mencederai diri sendiri	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									
Adakah resiko mencederai orang lain	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									
Apakah pasien dapat memahami instruksi dokter atau perawat dengan baik	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									
<b>E. Pasien yang mengalami kekerasan/penganiayaan</b>										
Apakah anda mengalami kekerasan/penganiayaan	: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									
Jenis kekerasan/penganiayaan yang dialami	: .....									
Sudah berapa lama mengalami kekerasan/penganiayaan	: .....									
Seberapa sering anda mengalami kekerasan/penganiayaan	: .....									
Sapa yang melakukan kekerasan/penganiayaan	: .....									
Apakah korban memerlukan pendampingan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									
<b>F. Pasien Diduga Ketergantungan Obat dan Alkohol</b>										
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak										
Jika Ya, Sebutkan.....										
Lama ketergantungan.....										
<b>SKALA EARLY WARNING SYSTEM (NEWS)</b>										
No	Parameter Fisiologis	3	2	1	0	1	2	3	Blue Anterior	Keterangan : A = Alert (sadar penuh) V = Verbal (respon dengan rangsang suara) Somnolen, dapat ditenangkan P = Pain (respon dengan rangsang nyeri) Letargi, Gelisah, penurunan respon nyeri U= Unrespon
1	Laju respirasi/ menit	8-8		9-11	12-20		21-24	25-34	≤ 5 / ≥ 35	
2	Saturasi O <sub>2</sub> (%)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96					
3	Suplemen O <sub>2</sub>		Ya		Tidak					
4	Temperatur ( C )	≤ 35		35,1-36	36,1-38	38,1-39	≥ 39			
5	TDS (mmHg)	71-90	91-100	101-110	111-180	181-220		≥ 221	≤ 70	
6	Laju Jantung/ menit			41-50	51-60	61-110	111-130	131-140	≤ 40 / ≥ 140	
7	Keadaran				A			V & P	U	
Total =		<input type="checkbox"/> Putih(0)		<input type="checkbox"/> Hijau (1-4)		<input type="checkbox"/> Kuning(5-6)		<input type="checkbox"/> Merah (7) / 1 parameter blue kriteria		
<b>MASALAH KEPERAWATAN</b>										
<input type="checkbox"/> Bersihan jalan nafas tidak efektif <input type="checkbox"/> Pola nafas tidak efektif <input type="checkbox"/> Gangguan pertukaran gas <input type="checkbox"/> gangguan Ventilasi Spontan <input type="checkbox"/> Penurunan currah jantung <input type="checkbox"/> Perfusi perifer tidak efektif <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Defisit Nutrisi <input type="checkbox"/> Hipervolemia <input type="checkbox"/> Hipovolemia <input type="checkbox"/> Ketidakstabilan kadar glukosa darah <input type="checkbox"/> Gangguan Eliminasi urin			<input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Intoleransi aktivitas <input type="checkbox"/> Gangguan Mobilitas Fisik <input type="checkbox"/> Penurunan Kapasitas adaptif intrakranial <input type="checkbox"/> Nyeri Akut <input type="checkbox"/> Nyeri Kronis <input type="checkbox"/> Nyeri Melahirkan <input type="checkbox"/> Defisit Perawatan Diri <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> ketegangan Peran pemberi asuhan <input type="checkbox"/> Risiko gangguan Integritas kulit / jaringan				<input type="checkbox"/> Ansietas <input type="checkbox"/> Berduka <input type="checkbox"/> Gangguan Interaksi Sosial <input type="checkbox"/> Risiko Cedera <input type="checkbox"/> Risiko Aspirasi <input type="checkbox"/> Risiko Perdarahan <input type="checkbox"/> Risiko Syok <input type="checkbox"/> Risiko Jatuh <input type="checkbox"/> Risiko Luka tekan <input type="checkbox"/> Lain-lain.....			
<b>PERENCANAAN PULANG / DISCHARGE PLANNING</b>										
Kriteria Discharge Planning :										
1. Umur > 65 tahun	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									
2. Keterbatasan mobilitas	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									
3. Perawatan / pengobatan lanjutan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									
4. Bantuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									
Bila salah satu jawaban "Ya" dari kriteria perencanaan pulang diatas, maka akan dilanjutkan dengan perencanaan pulang sebagai berikut :										
<input type="checkbox"/> Perawatan diri (mandi, BAB, BAK) <input type="checkbox"/> Pemantauan pemberian obat <input type="checkbox"/> Pendampingan tenaga khusus di rumah <input type="checkbox"/> Bantuan untuk melakukan aktifitas fisik (kursi roda, alat bantu jalan )					<input type="checkbox"/> Bantuan medis/perawatan di rumah (homecare) <input type="checkbox"/> Latihan fisik lanjutan <input type="checkbox"/> Pemantauan diet <input type="checkbox"/> Perawatan luka <input type="checkbox"/> Lain lain, .....					
Tanggal & Jam :					Tanggal & Jam :					
Nama Perawat dan Tanda tangan					Verifikasi DPJP dan Tanda tangan					

PENGKAJIAN MEDIS (Diisi Oleh Dokter)	
<b>Hasil Pemeriksaan Penunjang</b>	
Laboratorium	
Radiologi	
Penunjang Lain	
<b>Diagnosis Awal</b>	
<b>Tata Laksana</b>	
1. Rencana Edukasi	
2. Rencana Pemeriksaan Penunjang	
3. Rencana Terapi	
4. Rencana Konsultasi	
5. Rencana Pulang <i>Discharge Planning</i>	Perkiraan Lama Rawat : <input type="checkbox"/> Sudah bisa ditetapkan : ____ Hari Belum bisa ditetapkan karena : _____
Tanggal/jam:	Tanggal/jam:
Nama dan tanda tangan DPJP:	Nama dan tanda tangan dokter yang melakukan pengkajian

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas

FORM-KEP-15-01

8/8

DOKUMENTASI KEGIATAN PENELITIAN





**BIODATA****I. DATA DIRI**

Pascasarjana NIM : A033.21.2028  
 Nama Lengkap (Sesuai Ijazah) : DINI ANGGRAENI  
 Program Studi : MANAJEMEN  
 Tempat & Tanggal Lahir : TASIKMALAYA, 1 MEI 1977  
 Jenis Kelamin / Agama : PEREMPUAN / ISLAM  
 Provinsi, Kab. / Kota Tempat Lahir : PROV JAWA BARAT/KOTA TASIKMALAYA  
 Suku / Bangsa : SUNDA/INDONESIA  
 Jumlah Saudara : 1  
 Kakak : -  
 Adik : 1  
 Alamat Makassar : -  
  
 Alamat Daerah : JAMBLANG RAYA NO 86 RT 005/005 KELURAHAN  
 CIBODASARI, KECAMATAN CIBODAS, KOTA  
 TANGERANG  
  
 No. HP : +62 812-9926-349  
 e-Mail : dinidsam2@gmail.com  
 No. Telp. Rumah : -  
 Kode Pos : 15138

**II. DATA ORANG TUA**

Nama Orang Tua  
     Ayah : MAMAT RIYADI  
     Ibu : EIS SUMARTINI  
 No. Telp / HP. Orang Tua : -  
 Pendidikan Orang Tua  
     Ayah : -  
     Ibu : -  
 Pekerjaan Orang Tua  
     Ayah : -  
     Ibu : -  
 Penghasilan Orang Tua : -  
 Alamat Orang Tua : JAMBLANG RAYA NO 86 RT 005/005 KELURAHAN  
 CIBODASARI, KECAMATAN CIBODAS, KOTA  
 TANGERANG

**III. PENDIDIKAN TERAKHIR**

Nama / Kab./ Provinsi Pend. Terakhir : UNIVERSITAS ESA UNGGUL JAKARTA  
 Jurusan Pend. Terakhir / Program : MANAJEMEN / PASCA SARJANA  
 Tahun Masuk S2 : 2013  
 Tahun Lulus S2 : 2015

**IV. DATA WISUDA**

Tahun Masuk UNHAS : 2022  
 Periode Wisuda (Rencana) : JUNI 2024  
 Judul Tugak Akhir : IMPLEMENTASI PENATALAKSANAAN DISCHARGE  
 PLANNING OLEH TENAGA MEDIS TERHADAP LENGTH  
 OF STAY DI RUANG RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT  
 UMUM DAERAH KOTA TANGERANG  
  
 Abstrak ( Versi Bahasa Indonesia ) : Di Lampiran  
 Abstrak ( Versi Bahasa Inggris ) : Di Lampiran  
 Nama Promotor : PROF. Dr. ABDUL RAHMAN KADIR, S.E., M.Si  
 Nama Co Promotor 1 : Dr. MUHAMMAD SOBARSYAH, SE., M.Si.  
 Nama Co Promotor 2 :