

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.2 Self Attitude (Sikap)

2.1.1. Definisi Self Attitude

Dalam buku psikologi umum, self attitude terbagi menjadi 3, yaitu berorientasi kepada respon, berorientasi kepada kesiapan respon, berorientasi kepada skema triadik. berorientasi kepada respon: self attitude merupakan suatu bentuk dari perasaan, yaitu perasaan mendukung atau memihak (favourable) maupun perasaan tidak mendukung (Unfavourable). Berorientasi kepada kesiapan respon: self attitude merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu, apabila dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respon.: suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif untuk menyesuaikan diri dari situasi sosial yang telah terkondisikan. Berorientasi kepada skema triadik: self attitude merupakan konstelasi komponen-komponen kognitif, afektif, dan konatif yang saling berinteraksi dalam memahami, merasakan, dan berperilaku terhadap suatu objek di lingkungan sekitarnya pada suatu objek.

2.1.2. Sikap

Sikap adalah predisposisi untuk memberikan tanggapan terhadap rangsang lingkungan yang dapat memulai atau membimbing tingkah laku orang tersebut. Secara definitif sikap berarti suatu keadaan jiwa dan keadaan berfikir yang disiapkan untuk memberikan tanggapan terhadap suatu objek yang di organisasikan melalui pengalaman serta

mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung pada praktik atau tindakan (Notoatmodjo, 2012). Sikap sebagai suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan.

Sikap dikatakan sebagai respon yang hanya timbul bila individu dihadapkan pada suatu stimulus. Sikap seseorang terhadap sesuatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak pada objek tertentu (Notoatmodjo, 2012). Sikap merupakan persiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

New Comb (Notoatmodjo, 2012), salah seorang ahli psikologi sosial mengatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas akan tetapi merupakan predisposisi tindak suatu perilaku, sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka, sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek-objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

2.1.3. Komponen/Struktur Self Attitude (sikap)

Menurut Mar'at (1984):1.

1. Komponen kognisi yang berhubungan dengan belief (kepercayaan atau keyakinan), ide, konsep. Seperti persepsi, stereotipe, opini yang dimiliki individu mengenai sesuatu.
2. Komponen Afeksi yang berhubungan dengan kehidupan emosional seseorang menyangkut perasaan individu terhadap objek sikap dan menyangkut masalah emosi.

3. Komponen Kognisi yang merupakan kecenderungan bertingkah laku
”kecenderungan” : belum berperilaku

2.1.4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pembentukan Sikap

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap menurut Kristina (2007) antara lain:

1. Pengalaman pribadi

Apa yang dialami seseorang akan mempengaruhi penghayatan dalam stimulus sosial, tanggapan akan menjadi salah satu dasar dalam pembentukan sikap, untuk dapat memiliki tanggapan dan penghayatan seseorang harus memiliki pengamatan yang berkaitan dengan objek psikologis. Sikap yang diperoleh lewat pengalaman akan menimbulkan pengaruh langsung terhadap perilaku berikutnya. Pengaruh langsung tersebut dapat berupa predisposisi perilaku yang akan direalisasikan hanya apabila kondisi dan situasi memungkinkan.

2. Orang lain

Seseorang cenderung akan memiliki sikap yang disesuaikan atau sejalan dengan sikap yang dimiliki orang yang dianggap berpengaruh antara lain adalah orang tua, teman dekat, teman sebaya.

3. Kebudayaan

Kebudayaan dimana kita hidup akan mempengaruhi pembentukan sikap seseorang.

4. Media Massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai media massa seperti televisi, radio, surat kabar mempunyai pengaruh dalam membawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat

mengarah pada opini yang kemudian dapat mengakibatkan adanya landasan kognisi sehingga mampu membentuk sikap.

5. Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap, dikarenakan keduanya meletakkan dasar, pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan diperoleh dari pendidikan dan pusat keagamaan serta ajarannya.

6. Faktor Emosional

Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang-kadang suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi, yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berlalu, begitu frustrasi telah hilang, akan tetapi dapat pula merupakan sikap lebih persisten dan bertahan lama. Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan untuk terwujudnya agar sikap menjadi suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain harus didukung dengan fasilitas, sikap yang positif.

2.1.5. Sifat Sikap

Sifat sikap ada 2 jenis (Wawan dan Dewi, 2010):

- a. Sikap positif, kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan objek tertentu;

- b. Sikap negatif, kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu.

2.1.6. Ciri-Ciri Sikap

Ciri-ciri sikap menurut Sunaryo (2013):

1. Sikap tidak dibawa sejak lahir, namun dipelajari (*learnability*) dan dibentuk berdasarkan pengalaman dan latihan sepanjang perkembangan individu dalam hubungan dengan objek;
2. Sikap dapat berubah-ubah dalam situasi yang memenuhi syarat untuk itu sehingga dapat dipelajari;
3. Sikap tidak berdiri sendiri, namun selalu berhubungan dengan objek sikap;
4. Sikap dapat tertuju pada satu objek ataupun dapat tertuju pada sekumpulan atau banyak objek;
5. Sikap dapat berlangsung lama atau sebentar;
6. Sikap mengandung faktor perasaan dan motivasi sehingga berbeda dengan pengetahuan.

2.1.7. Pengukuran Sikap

Sikap dalam penerapannya dapat diukur dalam beberapa cara. Secara garis besar pengukuran sikap dibedakan menjadi 2 cara menurut Sunaryo (2013), yaitu:

- a. Pengukuran secara langsung

Pengukuran secara langsung dilakukan dengan cara subjek langsung diamati tentang bagaimana sikapnya terhadap sesuatu masalah atau hal yang dihadapkannya. Jenis-jenis pengukuran sikap secara langsung meliputi:

1) Cara pengukuran langsung berstruktur

Cara pengukuran langsung berstruktur dilakukan dengan mengukur sikap melalui pertanyaan yang telah disusun sedemikian rupa dalam suatu instrumen yang telah ditentukan, dan langsung diberikan kepada subjek yang diteliti. Instrumen pengukuran sikap dapat dilakukan dengan menggunakan skala Bogardus, Thurston, dan Likert. Disini peneliti melakukan pengukuran sikap menggunakan skala Likert dikenal dengan teknik “*Summated ratings*”. Responden diberikan pernyataan dengan kategori jawaban yang telah dituliskan dan umumnya terdiri dari 1 hingga 4 kategori jawaban. Jawaban yang disediakan adalah sangat setuju (4), setuju (3), kurang setuju (2), tidak setuju (1). Nilai 4 adalah hal yang *favorable* (menyenangkan) dan nilai 1 adalah *unfavorable* (tidak menyenangkan). Hasil pengukuran dapat diketahui dengan mengetahui interval (jarak) dan interpretasi persen agar mengetahui penilaian dengan metode mencari interval (I) skor persen dengan menggunakan rumus:

$$I = \frac{100}{\text{Jumlah kategori}} \quad \text{maka} \quad I = \frac{100}{4} = 25$$

Maka kriteria interpretasi skornya berdasarkan interval:

- a. Nilai 0%-25% = Sangat setuju
- b. Nilai 26%-50% = Setuju
- c. Nilai 51%-75% = Kurang setuju
- d. Nilai 76%-100% = Tidak setuju

Untuk hasil pengukuran skor dikoversikan dalam persentase maka dapat dijabarkan untuk skor $<50\%$ hasil pengukuran negatif dan apabila skor $\geq 50\%$ maka hasil pengukuran positif.

2) Cara pengukuran langsung tidak berstruktur

Cara pengukuran langsung tidak berstruktur merupakan pengukuran sikap yang sederhana dan tidak memerlukan persiapan yang cukup mendalam, seperti mengukur sikap dengan wawancara bebas atau *free interview* dan pengamatan langsung atau *survey*.

2. Pengukuran secara tidak langsung

Pengukuran secara tidak langsung adalah pengukuran sikap dengan menggunakan tes. Cara pengukuran sikap yang banyak digunakan adalah skala yang dikembangkan oleh Charles E. Osgood.

2.1.8. Hubungan Antara Sikap Dan Perilaku

Sejak awal perkembangan teori tentang sikap, sebagian ilmuwan, terutama sosiolog, menyampaikan kritik tentang lemahnya hubungan antara sikap dan perilaku. Salah satu penelitian klasik yang mendukung kritik ini adalah studi yang dilakukan oleh R. T. LaPiere (1934) tentang diskriminasi rasial. LaPier menyebarkan angket kepada 250 orang pemilik restoran dan hotel di Amerika untuk menanyakan apakah mereka bersedia menerima tamu pasangan dari kelompok ras Cina. Dari data yang diperoleh, ia menemukan bahwa 92 persen pemilik restoran dan hotel menyatakan tidak mau menerima pasangan Cina. Namun, dalam kenyataannya hanya 1 dari 250 responden tersebut yang benar-benar tidak mau menerima tamu pasangan Cina. Studi

ini menunjukkan bahwa perilaku tidak dapat diprediksi hanya berdasarkan sikap saja. Norma-norma sosial yang diyakini oleh individu turut menentukan apakah sebuah sikap akan diekspresikan menjadi perilaku atau tidak. Seperti dalam penelitian LaPiere di atas, sikap negatif pemilik restoran dan hotel terhadap tamu pasangan Cina pada akhirnya terdesak oleh nilai moral yang ia yakini untuk bersikap sopan terhadap para tamunya.

Selain faktor-faktor kontekstual seperti norma sosial, Martin Fishbein dan Icek Ajzen (1975) berpendapat bahwa kemampuan sikap untuk memprediksi perilaku juga tergantung pada kompatibilitas antara sikap dan perilaku, atau yang disebut sebagai hukum kompatibilitas (*the law of compatibility*). Kompatibilitas yang dimaksud di sini adalah bahwa sikap spesifik hanya dapat memprediksi perilaku spesifik, dan sebaliknya, sikap umum juga hanya mampu memprediksi perilaku umum. Sikap negatif pemilik restaurant terhadap tamu Cina (sikap umum), misalnya, cenderung tidak dapat memprediksi perilaku mereka saat bertemu langsung dengan sepasang tamu Cina tertentu, pada hari tertentu (perilaku spesifik). Namun, sikap umum tersebut cenderung dapat memprediksi perlakuan pemilik restaurant secara umum terhadap para tamu Cina di berbagai waktu dan situasi.

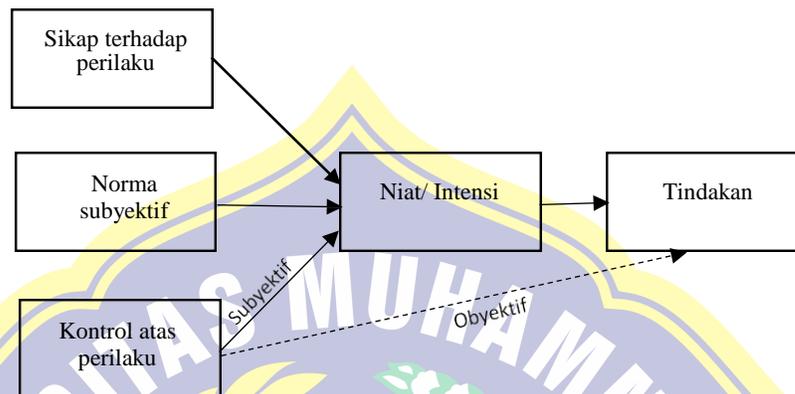
Prinsip kedua dari hukum kompatibilitas adalah bahwa perilaku dapat diprediksi secara lebih akurat jika didasarkan pada sikap terhadap perilaku itu sendiri, bukan sikap terhadap target perilaku. Contoh dari sikap terhadap perilaku adalah keyakinan si pemilik hotel bahwa menolak tamu merupakan perbuatan buruk. Sementara contoh sikap terhadap target perilaku adalah pandangan si pemilik hotel terhadap sosok sang

tamu, apakah ia menyukai atau tidak menyukainya. Dengan mempertimbangkan faktor norma subyektif dan prinsip-prinsip kompatibilitas tersebut, Martin Fishbein dan Icek Ajzen (1975) mengembangkan teori perilaku beralasan (*the theory of reasoned action*), yang 10 tahun kemudian disempurnakan oleh Icek Ajzen (1985) menjadi teori perilaku terencana (*the theory of planned behavior*). Meskipun berbeda dalam beberapa hal, kedua teori ini memiliki tujuan sama, yaitu memprediksi perilaku yang disadari (*voluntary behavior*) berdasarkan sikap terhadap perilaku dan variabel-variabel penting lainnya.

1. Teori Perilaku Terencana (TPT)

Menanggapi kritik di atas, Icek Ajzen (1985) memodifikasi teori perilaku beralasan dengan memasukkan faktor kontrol. Model baru ini ia sebut sebagai teori perilaku terencana. Menurut teori ini, seberapa jauh sebuah niat akan termanifestasi menjadi sebuah tindakan akan tergantung pada kontrol individu terhadap perilaku tersebut. Meskipun seorang mahasiswa memiliki niat tinggi untuk mengikuti kuliah statistika, gangguan kram perut akan membuat tingkat kontrol terhadap perilaku berangkat kuliah menjadi rendah, sehingga ia tidak dapat melaksanakan tindakan tersebut. Persoalannya, terlalu sulit bagi peneliti untuk memasukkan variabel kontrol obyektif terhadap berbagai faktor situasional ke dalam model perilaku terencana (misalnya, kondisi fisik, jumlah uang, lama waktu, dll). Oleh karena itu, Ajzen memilih untuk menggunakan variabel kontrol perilaku subyektif sebagai representasi ukuran faktor kontrol obyektif (*proxy measure*). Kontrol perilaku subyektif diartikan

sebagai persepsi si pelaku tentang seberapa besar kontrol yang ia miliki untuk melaksanakan sebuah tindakan.



Gambar 2.1. Skema teori tindakan terencana dari Icek Ajzen

2.2 Discharge planning

2.2.1 Defenisi *Discharge Planning*

Dischargeplanning merupakan suatu proses yang dinamis dan sistematis dari penilaian, persiapan, serta koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan sesudah pulang (Nursalam, 2012). *Discharge planning* merupakan proses yang dinamis agar tim kesehatan mendapat kesempatan yang cukup untuk menyiapkan pasien melakukan perawatan mandiri dirumah.

Discharge planning didapat dari proses interaksi dimana perawat profesional, pasien dan keluarga berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur kontinuitas keperawatan. *Discharge planning* diperlukan oleh pasien dan harus berpusat pada masalah pasien, yaitu pencegahan, terapeutik, rehabilitatif, serta perawatan rutin yang sebenarnya (Nursalam, 2012).

Discharge planning adalah suatu perencanaan yang sistematis untuk mengatur kontinuitas perawatan pasien agar pasien menerima perawatan yang tepat sehingga dapat pulang dengan tepat waktu dan kembali mandiri dalam menjalani situasi kehidupan seperti semula. *Discharge planning* adalah suatu program yang terkoordinasi yang dirancang untuk memberikan perawatan yang berkelanjutan, informasi kebutuhan yang harus dipenuhi pasien setelah pulang, evaluasi dan instruksi perawatan diri (Swanburg, 2000). *Discharge planning* membantu mengembalikan peran pasien ke lingkungan yang memungkinkan pasien diterima sebagai individu yang produktif atau normal. *Discharge planning* yang dikerjakan dengan baik akan mengantisipasi terjadinya komplikasi (Kristina, 2007).

Discharge planning adalah suatu proses yang terpusat, terkoordinasi dan terdiri dari disiplin ilmu yang memberikan kepastian bahwa klien mempunyai suatu rencana untuk perawatan berkelanjutan. Perencanaan pemulangan pasien membantu proses pemindahan pasien dari suatu lingkungan ke lingkungan lain (Potter & Perry 2005). *Discharge planning* didefinisikan sebagai proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu unit pelayanan kepada unit yang lain di dalam atau di luar suatu agen pelayanan kesehatan umum (Kozier, 2004).

Discharge planning merupakan proses mengidentifikasi kebutuhan pasien dan perencanaannya dituliskan untuk memfasilitasi keberlanjutan suatu pelayanan kesehatan dari suatu lingkungan ke lingkungan lain (Kozier, 2004). *Discharge planning* merupakan proses perencanaan sistematis yang dipersiapkan bagi pasien untuk menilai, menyiapkan, dan melakukan koordinasi dengan fasilitas kesehatan

yang ada atau yang telah ditentukan serta bekerjasama dengan pelayanan sosial yang ada di komunitas, sebelum dan sesudah pasien pindah/pulang (Carpenito, 2002).

Discharge planning dilakukan sejak pasien diterima di suatu pelayanan kesehatan di rumah sakit dimana rentang waktu pasien untuk menginap semakin diperpendek (Rahmi, 2011). *Discharge planning* yang efektif seharusnya mencakup pengkajian berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kebutuhan pasien yang berubah-ubah, pernyataan diagnosa keperawatan, perencanaan untuk memastikan kebutuhan pasien sesuai dengan apa yang dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan (Kozier, 2004).

2.2.2 Tujuan *Discharge Planning*

Menurut Nursalam (2012) perencanaan pulang bertujuan:

1. Menyiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis dan sosial;
2. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga;
3. Meningkatkan perawatan yang berkelanjutan pada pasien;
4. Membantu rujukan pasien pada sistem pelayanan yang lain;
5. Membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien;
6. Melaksanakan rentang perawatan antara rumah sakit dan masyarakat.

2.2.3 Jenis *Discharge Planning*

Menurut Nursalam & Efendi (2008), *discharge planning* dapat diklasifikasikan menjadi tiga jenis, yaitu:

a. Pulang sementara atau cuti (*conditioning discharge*)

Kedadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi klien baik dan tidak terdapat komplikasi. Klien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau puskesmas terdekat.

b. Pulang mutlak atau selamanya (*absolute discharge*)

Cara ini merupakan akhir dari hubungan klien dengan rumah sakit. Namun apabila klien perlu dirawat kembali, maka prosedur perawatan dapat dilakukan kembali.

c. Pulang paksa (*judicial discharge*)

Kondisi ini klien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang, tetapi klien harus dipantau dengan melakukan kerjasama dengan perawat puskesmas terdekat.

2.2.4 Faktor-Faktor yang perlu Dikaji dalam *Discharge Planning*

Menurut Nursalam (2012) faktor-faktor yang perlu dikaji dalam *discharge planning* adalah:

1. Pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit, terapi dan perawatan yang diperlukan;
2. Kebutuhan psikologis dan hubungan interpersonal di dalam keluarga;
3. Keinginan keluarga dan pasien menerima bantuan dan kemampuan mereka memberi asuhan;
4. Bantuan yang diperlukan pasien;
5. Pemenuhan kebutuhan aktifitas sehari-hari seperti makan, minum, eliminasi,

istirahat dan tidur, berpakaian, kebersihan diri, keamanan dari bahaya, komunikasi, keagamaan, rekreasi dan sekolah;

6. Sumber dan sistem pendukung;
7. Sumber finansial dan pekerjaan;
8. Fasilitas yang ada di rumah dan harapan pasien setelah dirawat;
9. Kebutuhan perawatan dan supervisi di rumah.

2.2.5 Prinsip-Prinsip dalam Penerapan *Discharge Planning*

Prinsip-prinsip dalam penerapan *discharge planning* antara lain (Nursalam, 2012):

1. Pasien merupakan fokus dalam perencanaan pemulangan sehingga nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji dan dievaluasi;
2. Kebutuhan dari pasien diidentifikasi lalu dikaitkan dengan masalah yang mungkin timbul pada saat pasien pulang nanti, sehingga kemungkinan masalah yang timbul di rumah dapat segera diantisipasi;
3. *Discharge planning* dilakukan secara kolaboratif karena merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim harus saling bekerja sama;
4. Tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan dengan pengetahuan dari tenaga/sumber daya maupun fasilitas yang tersedia di masyarakat;
5. *Discharge planning* dilakukan pada setiap sistem atau tatanan pelayanan kesehatan;

2.2.6 Komponen *Discharge Planning*

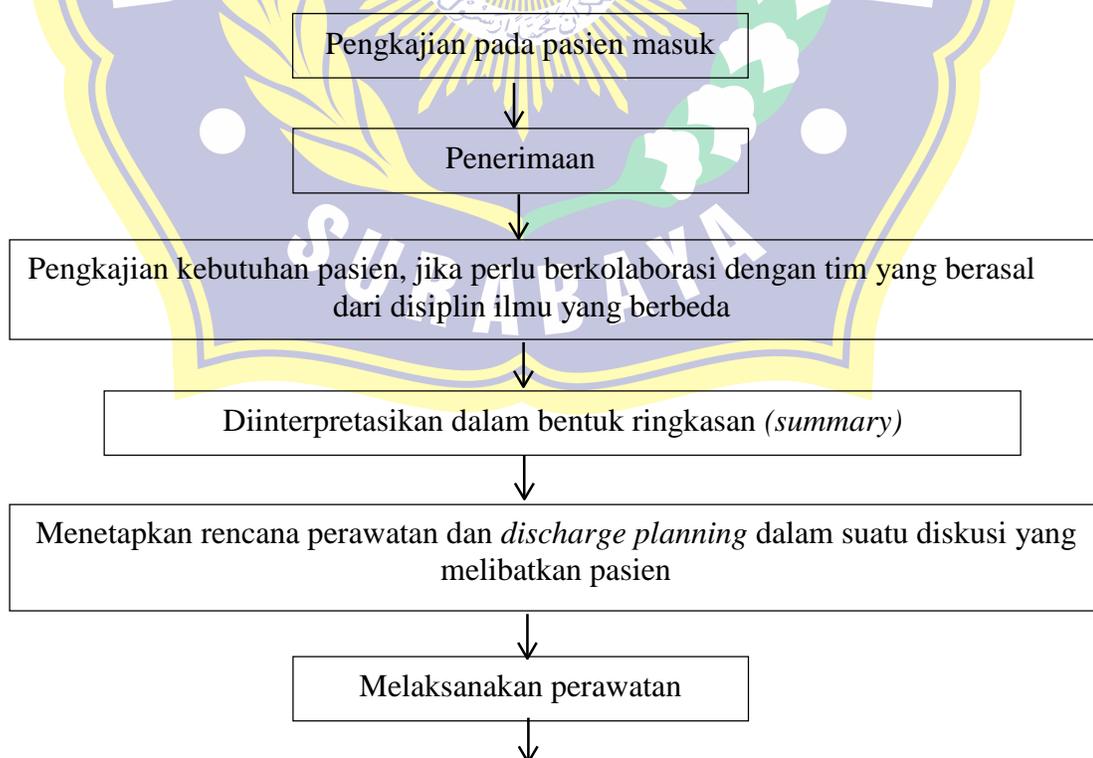
Komponen perencanaan pulang terdiri atas (Nursalam, 2012):

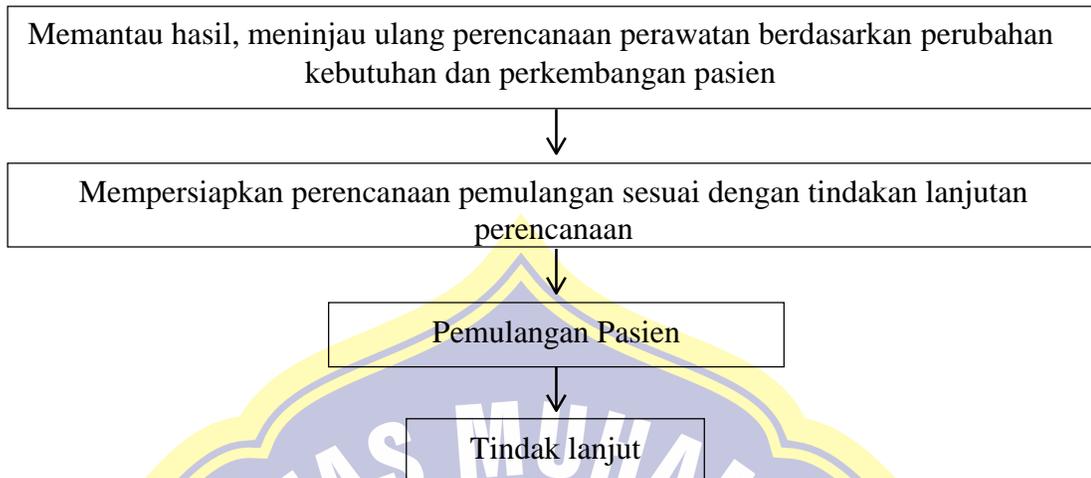
1. Perawatan dirumah meliputi pemberian pengajaran atau pendidikan kesehatan

(*health education*) mengenai diet, mobilisasi, waktu kontrol dan tempat kontrol, pemberian disesuaikan dengan tingkat pemahaman pasien dan keluarga mengenai perawatan selama pasien dirumah;

2. Obat-obatan yang masih diminum dan jumlahnya, meliputi dosis, cara pemberian dan waktu yang tepat minum obat;
3. Obat-obatan yang diberhentikan, karena meskipun ada obat-obat tersebut sudah tidak diminum lagi oleh pasien, obat-obat tersebut tetap dibawa pulang pasien;
4. Hasil pemeriksaan, termasuk hasil pemeriksaan luar sebelum masuk rumah sakit dan hasil pemeriksaan selama di rumah sakit, semua diberikan ke pasien saat pulang;
5. Surat-surat seperti surat keterangan sakit, surat kontrol.

2.2.7 Proses Pelaksanaan/Tahapan *Discharge Planning*





Skema 2.1. Proses pelaksanaan *discharge planning* (National Council of Social Service, 2006 dalam Rahmi, 2011)

1. Pengkajian pada saat pasien masuk

Pengkajian adalah hal yang penting untuk dilakukan karena bertujuan untuk mendapatkan informasi penting tentang kondisi pasien. Pengkajian yang dilakukan meliputi pengkajian fisik, mental, riwayat sosial dan keluarga, sumber sistem pendukung baik formal maupun informal, aktifitas sehari-hari, status mental dan emosi, komunitas dan status ekonomi, minat, hobi, riwayat pekerjaan sebelumnya. Hal penting yang harus diperhatikan dalam pengkajian adalah mengkaji kondisi pasien secara holistik sehingga didapatkan kebutuhan yang harus dipenuhi pada pasien

2. Penerimaan

Penerimaan pasien dilakukan setelah pasien mendaftar dan informasi mengenai pasien dicatat didalam dokumentasi

3. Pengkajian kebutuhan pasien

Jika perlu berkolaborasi dengan tim multidisiplin. Rencana perawatan dan

perencanaan pemulangan akan lebih efektif dikerjakan jika melibatkan tim yang berdiskusi untuk membuat perencanaan bagi pasien. Tindakan yang diambil juga harus melibatkan pasien dalam memenuhi kebutuhan pasien

4. Diinterpretasikan dalam bentuk ringkasan (*summary*)\

Setelah kekuatan, kebutuhan, kemampuan dan kesiapan pasien diidentifikasi pada saat pengajian kebutuhan, data pasien kemudian dikembangkan kedalam bentuk ringkasan. Ringkasan ini berisi diagnosa dan kebutuhan yang akan dipenuhi pada pasien sesuai dengan prioritas masalah

5. Menetapkan rencana perawatan dan *discharge planning* dalam suatu diskusi bersama pasien dan pemberi perawatan

Rencana perawatan yang dibuat harus berdasarkan prioritas masalah. Perencanaan harus spesifik, dapat diukur, terjangkau, tujuan harus realistis dan dikerjakan dalam batas waktu tertentu. Hasil yang diharapkan dapat dilihat dari respon klien. Hal ini dapat menilai perubahan yang terjadi pada pasien sehingga pasien dan pemberi pelayanan dapat melihat pencapaian dari perencanaan

6. Melaksanakan perawatan

Melaksanakan perawatan merupakan suatu strategi untuk mencapai hasil yang diharapkan. Kondisi perkembangan pasien harus terus menerus dipantau secara sistematis sesuai dengan jadwal yang sudah ditetapkan

7. Pemulangan pasien

Pemulangan pasien dimulai sejak pasien masuk. Hal ini bertujuan untuk mengidentifikasi rencana perawatan yang akan dilakukan setelah pasien keluar dari

rumah sakit

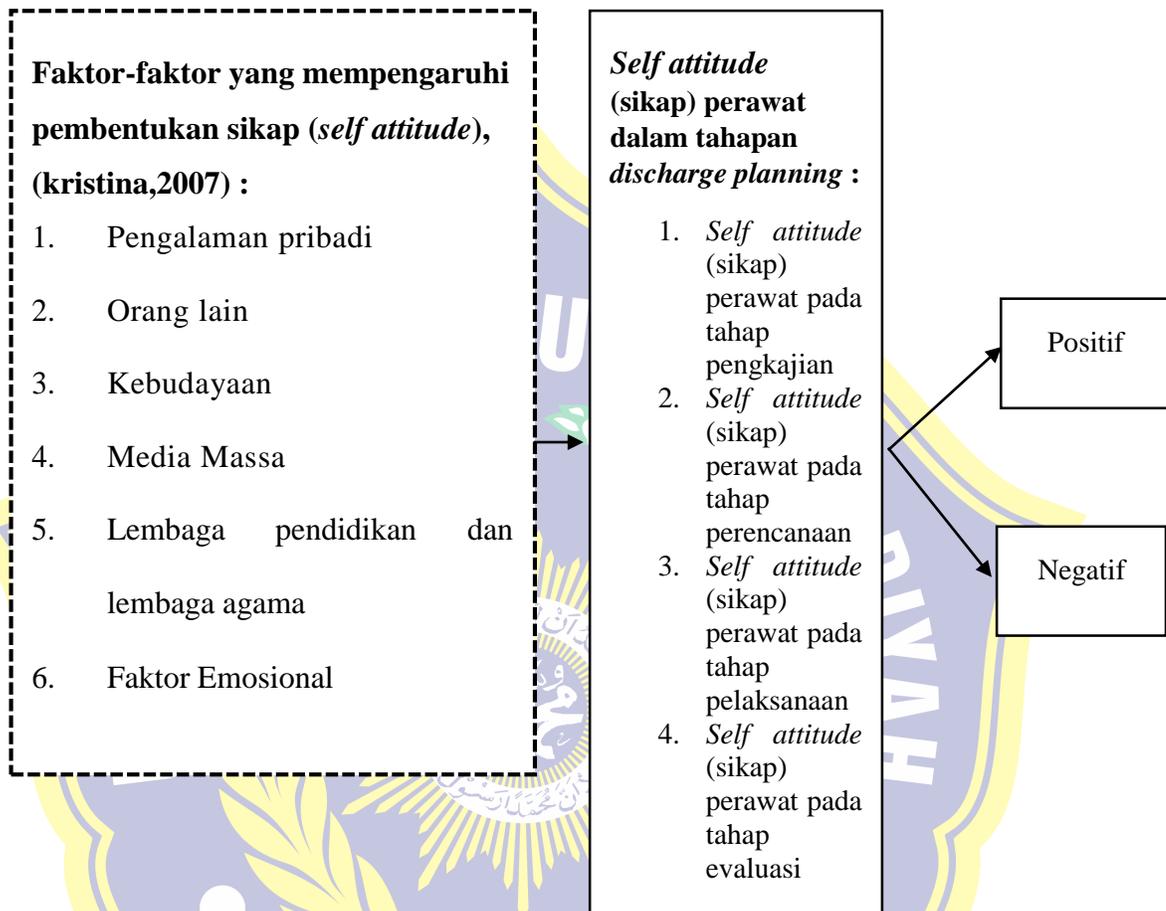
8. Tindak lanjut

Ada beberapa pertanyaan yang diajukan untuk menilai kesiapan pasien untuk pulang yaitu:

- a. Apa yang anda lakukan untuk mengatasi suatu masalah (koping)?
- b. Apakah ada hal yang ingin anda tanyakan?
- c. Apakah di lingkungan tempat tinggal anda ada fasilitas pelayanan kesehatan yang mendukung?
- d. Apakah pemberi pelayanan mampu memberikan dukungan yang adekuat bagi anda?
- e. Perubahan apa yang anda rasakan?



2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Identifikasi *Self Attitude* (Sikap) Ketua Tim Perawat Dalam Melaksanakan Setiap Tahapan *Discharge Planning*

Keterangan :

Diteliti :

Tidak diteliti :