

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Mutu rumah sakit salah satunya diukur melalui indikator mutu layanan. Menurut Hardianti (2020) indikator mutu pelayanan rumah sakit digunakan untuk mengetahui tingkat pemanfaatan mutu dan efisien pelayanan baik rawat jalan maupun layanan rawat inap seperti *Average Length Of Stay (AvLOS)*, *hospital cost* dan *readmission*. *Avlos* di Indonesia dikenal dengan sebutan rata-rata lama hari rawat di layanan dengan standar lama hari rawat pasien adalah 6-8 hari (Kemenkes RI, 2011) *Hospital Cost* merupakan biaya rumah sakit yang dikeluarkan oleh pasien pada saat pulang, sedangkan *readmission* merupakan proses rawat kembali yang lebih dari satu kali dalam waktu 30 hari setelah pulang dari rumah sakit (Atmiroseva & Nurwahyuni, 2017). Banyak rumah sakit di Indonesia bermasalah dengan tiga indikator mutu pelayanan ini, dimana *avlos* dan angka *readmission* tinggi menyebabkan terjadinya peningkatan *hospital cost*.

Beberapa rumah sakit mempunyai rata-rata lama hari rawat yang panjang. Berdasarkan hasil penelitian Bao et al., (2017) di rumah sakit kota Beijing Cina rata-rata lama hari rawat pasien diabetes tanpa komplikasi 15,0 hari dan meningkat pada kasus diabetes yang memiliki komplikasi sebesar 35,7%. Menurut Chakraborty et al., (2019) ditemukan rata-rata lama rawat pasien DM yaitu, 8,2 hari. Menurut penelitian Salim et al., (2019) di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta rata-rata lama rawat pasien diabetes mellitus yaitu 9,93 hari, dan yang paling lama 72 hari. Hasil penelitian Abdullah (2017) di RSUD

Labuang Baji Makasar menyatakan rata-rata lama hari rawat pasien DM (60,4%) > 8 hari. Hasil penelitian menunjukkan tsb, lama hari rawatan pasien DM yang tidak sesuai dengan standar lama hari rawatan. Hari rawatan yang panjang secara tidak langsung akan berdampak terhadap banyak hal, seperti meningkatnya kejadian *readmission* yang berdampak terhadap *hospital cost*.

Berdasarkan istilah di dunia kesehatan *readmission* sudah sering kita dengar. *Readmission* sejatinya tidak boleh terjadi. Namun hal ini tidak mungkin untuk di hindari. Beberapa penelitian pada kasus DM ditemukan frekuensi *readmission* yang masih sering terjadi, seperti yang dilaporkan Hicks et al., (2018) di Amerika ditemukan 206 pasien diabetes, dimana 43 orang mengalami *readmission* dengan alasan utama yaitu adanya luka pada kaki sebesar 49% dan komplikasi ginjal sebesar 9%. Dari hasil studi Syahrul et al., (2020) menjelaskan bahwa dari 21 pasien DM yang memiliki kontrol glikemik yang kurang baik dan mengalami kejadian *readmission* sebanyak 19 pasien (73.1%), selain itu diketahui pasien DM yang memiliki kontrol glikemik yang baik akan tetapi mengalami kejadian *readmission* sebanyak 2 pasien (14.3%). Berdasarkan tingkat kepatuhan pengobatan ditemukan pasien DM yang memiliki kepatuhan pengobatan kurang baik mengalami *readmission* sebanyak 12 pasien (92.3%), selain itu pasien DM yang memiliki kepatuhan pengobatan yang baik akan tetapi mengalami *readmission* sebanyak 9 pasien (33.3%) (Syahrul et al., 2020).

Menurut Ostling (2017) dari total 454 pasien DM ditemukan 313 pasien (17,8%) pasien mengalami *readmission*. Studi riset Alotobi et al., (2022) di Arab Saudi melaporkan kejadian *readmission* dilihat dari faktor-faktor penyebab pasien DM seperti, ketidakpatuhan diet (25,6%), ketidakpatuhan terhadap obat

(55,1%), mual muntah (87,5%), dan sakit perut (72,7%). Penelitian Pratiwi et al., (2022) ditemukan 25 pasien DM mempunyai manajemen diet yang kurang baik dengan angka kejadian *readmission* sebanyak 19 pasien (79,2%) dan hal yang sama ditemukan pada pasien yang memiliki aktivitas yang kurang baik (seperti bekerja di ruang computer, menonton TV), mengalami *readmission* sebanyak 22 pasien DM (78,6%). Berdasarkan penelitian-penelitian ditemukan adanya hubungan antara diet dan aktifitas fisik dengan kejadian *readmission* pada pasien DM (Pratiwi et al., 2022). Tingginya angka kejadian *readmission* pada pasien DM akan berdampak terhadap biaya rawatan (*hospital cost*) pasien.

Biaya perawatan rumah sakit cenderung meningkat disebabkan oleh biaya yang bersumber dari biaya akomodasi, pemeriksaan penunjang, radiologi, dan obat-obatan untuk pasien DM. Tarif rumah sakit merupakan total biaya yang dikeluarkan mulai dari pasien masuk hingga pulang berdasarkan tindakan dan pengobatan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit (Aulia et al., 2016). Rata-rata pasien dengan diagnosa DM memiliki pengeluaran medis 2,3 kali lebih tinggi dibandingkan pasien yang tidak mengalami diabetes (Zhuo et al., 2017). *American Diabetes Association (ADA, 2017)* menjelaskan biaya yang banyak dikeluarkan pasien DM yaitu pengeluaran medis sebesar 30% dari total biaya medis, resep obat untuk mengobati komplikasi diabetes (30%), antigen diabetes (30%), kunjungan ke dokter (10%). Menurut penelitian Erawati et al., (2016), komponen biaya rawat inap pasien DM meliputi biaya akomodasi, obat-obatan, BMHP.

Menurut PMK No 85 Tahun 2015 tentang Pola Tarif Nasional Rumah Sakit menyatakan tarif rumah sakit dikelola oleh Pemerintah Daerah yang telah

menerapkan pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah (BLUD). Hasil riset Dyah, et al., (2014) mengelompokan biaya rawat inap RS Dr Moewardi Surakarta biaya obat Rp1.062.677, biaya ADM Rp15.000, biaya IGD Rp 35.000, biaya labor Rp 1.114.832, biaya rawat inap Rp 405.549, tindakan keperawatan Rp 709.741, biaya visite Rp 193.357, AMHP (Alat Medis habis Pakai) Rp 521.337, BMHP (Biaya Medis Habis Pakai) Rp 102.837.

Penelitian Purnama (2022) di Pekanbaru, menjelaskan biaya rumah sakit dalam 1 episode rawatan pada pasien DM, ditemukan total pembayaran pasien umum yang di rawat di kelas 3 berjumlah Rp 2.555.000, sedangkan pasien BPJS yang dirawat dikelas yang sama berjumlah Rp 1.505.000, jadi ada selisih biaya rawatan yang harus dibayar oleh pasien DM sebesar Rp1.050.000. Selisih pembayaran tersebut dirasakan berat oleh pasien DM.

Di Indonesia, pada era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini yang diatur oleh Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) RI No 52 tahun 2016 menyatakan tarif rawat jalan dan rawat inap bagi RS yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan diberlakukan tarif INA-CBG sesuai kelompok tarif yang sudah ditentukan berdasarkan kelas rumah sakit yang sesuai dengan peraturan yang berlaku. Biaya rawat inap pasien DM beragam berdasarkan derajatnya. Tarif E-Klem 5.8.4 (Februari 2023) untuk Rumah Sakit Pemerintah Tipe C di wilayah Sumatera Barat dengan tarif untuk 1episode rawatan pasien DM menurut derajatnya untuk pasien DM dengan Hipertensi dimasukkan kedalam kategori diabetes ringan, sedangkan pada kasus diabetes sedang dan diabetes berat diikuti oleh beberapa diagnosa penyerta lainnya. Tarif Diabetes Ringan (E-4-11-I) kelas I (Rp 4.711.400) kelas II (Rp 4.126.000) kelas III (Rp 3.524.000). Sedangkan pada

kasus diabetes dengan Kasus Diabetes Sedang (E-4-11-II) kelas I (Rp 6.799.500) kelas II (Rp 5.828.200) kelas III (Rp 4.856.800). Sedangkan untuk kasus Diabetes Berat (E-4-11-III) kelas I (Rp 8.059,900) kelas II (Rp 6.908.500) kelas III (Rp 5.757.100). Penelitian Wira & Fajrin (2014) di RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar bahwa biaya rawatan pasien DM untuk kelas I Rp 4.535.000, untuk kelas II Rp 3.585.000 dan untuk kelas III Rp 3.000.000.

Berdasarkan hasil-hasil penelitian yang telah dipaparkan sebelumnya, Bao et al., (2019); Chakraborty et al., (2019); Syahrul et al., (2020); Ostling et al (2017); Dyah et al., (2014), ditemukan adanya rata-rata lama rawat yang memanjang, adanya kejadian readmission, dan tingginya hospital cost pada pasien DM. Mengatasi hal-hal tersebut perlu suatu strategi perencanaan pulang (*discharge planning*) yang tepat. Hal ini sejalan dengan riset Kyu et al., (2018) menyatakan *discharge planning* terstruktur dapat meningkatkan kemandirian pasien dirumah sehingga pasien tidak mengalami *readmission*. Hermitas et al., (2020) pemberian *discharge planning* ke pasien saat dalam perawatan sangat penting diberikan kepada keluarga dengan tujuan mendapatkan informasi, meningkatkan kepercayaan diri serta kemampuan dalam merawat pasien setelah pulang dari rumah sakit.

Discharge planning efektif dalam mengurangi *avlos*, *hospital cost*, dan *readmission*. Penelitian yang dilakukan oleh Henke et al., (2016) perencanaan pulang sangat efektif, karena dapat mencegah terjadinya *readmission*. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Abuzied Yacub et al., (2021) menyatakan adanya penurunan secara signifikan rata-rata lama rawat, jumlah penerimaan pasien kembali menurun setelah dilakukannya proses *discharge planning*.

Permenkes RI tahun 2009 menetapkan standar *readmission* sebesar $< 1\%$. Pelaksanaan *discharge planning* yang baik akan menurunkan rata-rata lama rawat, biaya rawatan, serta *readmission* (Riu, 2021). Penelitian diatas menunjukkan bahwa, proses *discharge planning* merupakan penerapan yang baik untuk pasien dan keluarga, karena sangat membantu mengurangi lama rawatan, kejadian *readmission* dan mengurangi biaya rawatan

Discharge planning perlu diterapkan dalam proses mempersiapkan kemandirian dan kepatuhan pasien selama dirumah. Riset Wrobleski et al, (2014) melaporkan *discharge planning* dapat mengurangi durasi rata-rata lama rawat pasien menjadi 4-6 hari dan mengurangi tingkat kekambuhan sebesar 60%. Apabila pelaksanaan *discharge planning* yang tidak efektif akan menyebabkan terputusnya kontinuitas perawatan pada saat pasien berada di rumah dan meningkatnya ketergantungan pasien dalam pengobatan, sehingga berdampak terjadinya perburukan kondisi pasien dan beresiko mengalami *readmission* serta terjadi komplikasi yang lebih berat (Firmawati, 2017). Pelaksanaan *discharge planning* yang belum maksimal dilaporkan oleh Hadivanty (2017), dimana 6 dari 11 pasien mengalami *readmission* dengan penyakit yang sama. Efektifitas penerapan *discharge planning* dirumah sakit mempunyai manfaat besar untuk memperpendek rata-rata lama rawat (Irmawati et al., 2021). Penelitian diatas menjelaskan bahwa pelaksanaan *discharge planning* sangat perlu, guna mencegah perburukan penyakit pasien, rata-rata lama rawat dan biaya rawatan rumah sakit yang tinggi.

Discharge planning merupakan suatu perencanaan pulang yang diberikan oleh perawat kepada pasien secara berkelanjutan. *Discharga planning*

merupakan suatu program pemberian pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga yang dimulai saat pasien masuk sampai pasien sudah diperbolehkan pulang oleh dokter dengan tujuan agar tercapainya kesehatan yang optimal dan kemandirian dirumah (Pribadi, 2019). Hal serupa ditunjukkan pada penelitian Tage et al., (2018) pelaksanaan *discharge planning* yang dilakukan secara terstruktur akan mendukung kontinuitas pelayanan kesehatan terbukti 92% perawat melakukan *discharge planning* dengan baik dapat memberikan pelayanan sesuai kebutuhan pasien. Dapat disimpulkan bahwa perawat dalam memberikan *discharge planning*, dapat meningkatkan kemandirian pasien dan kesinambungan pelayanan di rumah.

Rostami et al., (2016) menunjukkan setelah dilakukannya implementasi *discharge planning* pada pasien DM memperlihatkan adanya kemampuan perawatan diri saat pasien di rumah. Hal serupa dilihat dari penelitian Dehnabi et al., (2018) yang menunjukkan bahwa pasien yang diberikan *discharge planning* seharusnya melalui 3 tahapan, yaitu pertama yang dilakukan saat masuk, kedua selama rawatan, dan terakhir saat mau pulang membuktikan bahwa pasien DM adanya dampak perubahan pada pola kehidupan dirumah. Riset Fitri (2020) melaporkan setelah pelaksanaan *discharge planning* pada pasien DM mempunyai tingkat kesiapan 87,5% baik dalam menghadapi proses pemulangan. Hal ini menunjukkan pelaksanaan *discharge planning* sangat efektif untuk pasien DM.

Discharge planning dirumah sakit yang dilaksanakan oleh perawat, dimana proses ini penting dalam persiapan pasien dirumah nantinya. Menurut Agustin (2017) melaporkan pasien yang tidak mendapat pelayanan sebelum

pemulangan akan kembali dirawat dalam waktu 24 s/d 48 jam setelah pemulangan. Hal ini sejalan dengan penelitian Wulandari & Hariyati (2019) memperlihatkan pelaksanaan *discharge planning* yang belum maksimal di ruang perawatan pada rumah sakit di Jakarta disebabkan karena perawat kurang pengetahuan dalam memberikan penjelasan tentang perawatan dirumah sehingga berdampak pasien dirawat kembali. Penelitian Asmuji & Handayani (2018) pelaksanaan *discharge planning* yang tidak optimal dapat menyebabkan perawatan pasien dirumah menjadi gagal, berpengaruh juga terhadap tingkat ketergantungan pasien, dan kondisi pasien saat di rumah, seperti kesalahan saat mengkonsumsi obat, pola makan yang buruk, aktivitas yang terabaikan.

Rumah sakit di Yogyakarta melaporkan 61% perawat tidak melakukan perencanaan pulang, dan sebanyak 54% perawat pada rumah sakit di Bandung tidak melaksanakan perencanaan pulang (Pribadi, 2019). Berdasarkan penelitian diatas ditemukan masih banyak rumah sakit yang belum melaksanakan *discharge planning* secara optimal disebabkan pengetahuan perawat yang kurang khususnya *discharge planning*.

Pelaksanaan *discharge planning* terdiri dari beberapa model yaitu model *discharge planning* berbasis *knowledge management SECI*, *discharge planning* model LIMA, dan *discharge planning* model IDEAL. Menurut Peneliti Adhistry (2017); Topham et al., (2022) bahwa metode *discharge planning* model IDEAL lebih unggul karena menunjukkan adanya pengaruh terhadap penurunan rata-rata lama rawat, *readmission* dan biaya rawatan. Astuti et al., (2016) menyebutkan adanya pengaruh *discharge planning* model IDEAL yang baik terhadap pemahaman tentang kemampuan self care pada pasien DM. Penelitian diatas

memperlihatkan bahwa *discharge planning* model *IDEAL* jauh lebih baik dalam menurunkan rata-rata lama rawatan (*avlos*), *readmission* dan biaya rawatan.

Discharge planning metode *IDEAL* merupakan suatu metode pemulangan pasien secara terstruktur untuk membantu layanan kesehatan guna meningkatkan proses pemulangan (AHRQ, 2017). Menurut penelitian Williams D. Ava (2021) intervensi model *IDEAL* membantu dalam meningkatkan proses pemulangan yang lebih baik dalam membekali pasien saat pulang ke rumah dan bisa menunjukkan kecenderungan mengurangi angka penerimaan kembali. Dengan demikian dapat di simpulkan bahwa *Discharge Planning* model *IDEAL* dinilai sangat efektif dan efisien.

Strategi perencanaan pemulangan model *IDEAL* memiliki tujuan, yaitu melibatkan pasien dan keluarga dalam proses pemulangan, dan mengurangi efek samping dalam transisi dari rumah sakit sampai pulang kerumah (AHRQ, 2017). Adapun tahapan-tahapan kunci dari *discharge planning IDEAL* yaitu, *Include* yaitu selalu melibatkan pasien dan keluarga sebagai mitra penuh dalam proses perencanaan pulang. *Discuss* yaitu melakukan diskusi dengan pasien dan keluarga untuk mencegah terjadinya masalah dirumah seperti pola kehidupan dirumah, pemakaian obat, dll. *Educate* yaitu memberikan edukasi ke pasien dan keluarga secara sederhana tentang informasi-informasi terkait dengan kondisi pasien, edukasi obat-obatan, dan apabila terjadi kegawatan terhadap penyakitnya tindakan pertama yang diambil. *Assess* yaitu menilai seberapa baik dokter dan perawat menjelaskan tentang langkah-langkah perawat selanjutnya dirumah. *Listen* yaitu mendengarkan apa yang akan dikhawatirkan dan dikeluhkan oleh pasien dan keluarga setelah pulang ke rumah (Adhistry, 2017). Sehingga

discharge planning model *IDEAL* sangat efektif diterapkan di rumah sakit di Indonesia.

RSUD Batusangkar merupakan satu-satunya rumah sakit Tipe C di Batusangkar, dan menjadi pusat rujukan untuk wilayah Tanah Datar, Sawahlunto, dan Sijunjung. RSUD Batusangkar dalam memberikan pelayanan terhadap pasien berpotensi menimbulkan masalah, dimana salah satunya dalam memberikan *discharge planning*. *Discharge planning* dalam pelaksanaannya sehari-hari hanya akan diberikan saat pasien mau pulang saja. Dimana ini berdampak pada rata-rata lama rawat yang lama, biaya rumah sakit yang tinggi, dan masih ada ditemukan pasien yang dirawat kembali. Rumah sakit sudah mempunyai Standar Operasional Prosedur (SOP) dan format *discharge planning* akan tetapi belum sesuai dengan pelayanan yang diberikan. Survey awal yang peneliti lakukan dengan melihat catatan rekam medis pada bulan Oktober – Desember dengan total ± 125 kasus, dengan rata-rata lama rawat berkisar 10-14 hari, dimana biaya rawatan Rp 4.300.000 sampai Rp 4.500.00 dan tergantung pada diagnosa penyerta, kelas rawatan dan obat-obatan, BMHP, dan angka *readmission* 2% yang standarnya < 1%.

Berdasarkan hasil survey awal yang dilakukan pada saat penelitian di bulan Oktober 2022 kepada 21 orang perawat pelaksana di ruangan rawat inap RSUD Batusangkar, yang melakukan proses *discharge planning*, didapatkan data dari hasil penyebaran kuesioner di ruangan rawat inap didapatkan pengetahuan perawat tentang *discharge planning IDEAL* kategori baik sebanyak 43% dan kurang baik sebanyak 57%. Hasil dari pernyataan tentang sikap perawat tentang *discharge planning IDEAL* kategori baik 56,15% dan kurang

baik 43,85%. Dari hasil-hasil diatas menggambarkan pelaksanaan *discharge planning* di RSUD Batusangkar belum berjalan dengan sempurna. Peneliti juga melakukan wawancara terhadap 15 orang perawat yang dimana mereka melakukan *discharge planning* saat pasien mau pulang saja. Dari hasil wawancara tsb didapatkan belum adanya pembekalan mengenai pelaksanaan *discharge planning*. Peneliti juga mengobservasi pelaksanaan *discharge planning* di ruangan rawat inap interne, dimana perawat belum melibatkan keluarga, tidak memberikan media pembelajaran untuk di rumah, belum melakukan diskusi terkait perawatan dirumah, hanya edukasi obat-obatan dan penjelasan untuk melakukan kontrol ke rumah sakit. Pelaksanaan *discharge planning* juga belum di monitoring oleh *case manager*.

Langkah yang tepat untuk mengurangi kejadian tersebut yaitu dengan melakukan *discharge planning* model *IDEAL*. Pelaksanaan *discharge planning* model *IDEAL* yang dinilai baik saat pasien masuk sampai pasien pulang dari rumah sakit. Perawat mengkaji kebutuhan pelayanan dimana perawat melakukan identifikasi siapa pengasuh, belum mengetahui tujuan pasien dan keluarga untuk dirawat di rumah sakit, memberikan edukasi terkait obat-obatan yang diberikan, melibatkan keluarga dalam praktek perawatan untuk di rumah, menjelaskan kesehatan yang dibutuhkan oleh pasien saat pulang dari rumah sakit, proses tersebut berkesinambungan guna menyiapkan perawatan mandiri pasien pasca rawat inap, serta memberitahu nama dan alamat serta nomor telepon faskes yang terdekat jika ada masalah saat pasien dirumah nantinya. Apabila pelaksanaan *discharge planning* model *IDEAL* dilaksanakan dengan tepat akan memberikan keuntungan bagi pasien dan rumah sakit itu sendiri.

Proses pelaksanaan *discharge Planning* model *IDEAL* dinilai tepat untuk diterapkan di RSUD Batusangkar dimana pelaksanaan *discharge planning* model *IDEAL* ini dalam pelaksanaannya melibatkan keluarga dan menentukan siapa pengasuh yang akan merawatnya dirumah, melakukan diskusi terkait penyakit yang dialami pasien, melaksanakan edukasi tentang tanda dan gejala penyakit, penjelasan obat-obatan, aktifitas-aktifitas yang bisa dilaksanakan dirumah, kemudian perawat melakukan *feedback* dan menilai apa yang belum dimengerti oleh keluarga dan pasien. Permasalahan yang sama juga terjadi di RSUD Arosuka Solok.

RSUD Arosuka Solok dalam melaksanakan *discharge planning* masih belum berjalan dengan maksimal. Pelaksanaannya *discharge planning* model *IDEAL* belum melibatkan keluarga pada proses pemulangan. SPO dan format *discharge planning* yang digunakan juga belum sesuai dengan standar. Hasil survey yang peneliti lakukan di RSUD Arosuka Solok dari bulan Oktober – Desember ditemukan ± 67 kasus DM, dengan rata-rata lama rawatan 10 hari, sedangkan biaya rawatan Rp 5.450.000 sudah termasuk BMHP dan obat-obatan sampai Rp 4.500.000, sementara *readmission* 3% pada pasien DM.

Wawancara juga dilakukan dengan Kasi Keperawatan, dimana format yang digunakan oleh perawat masih belum sesuai standart. Dimana SOP sudah ada, pelatihan tentang *discharge planning* belum ada, superfisi dari *case manager* belum terlaksana dengan baik terbukti adanya *avlos* yang memanjang, *hospital cost* yang tinggi, dan masih terjadinya *readmission*.

Berdasarkan permasalahan diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Efektifitas pelaksanaan *discharge planning* model

“*IDEAL*” terhadap *AvLOS*, *Hospital Cost*, *Readmission* pada pasien Diabetes Mellitus di RSUD RSUD Batusangkar dan RSUD Arosuka Solok”. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat kepada perawat agar dapat melaksanakan *discharge planning* dengan baik dan benar, agar nantinya bisa diterapkan kepada pasien dan keluarga.

B. Rumusan Masalah

Dari uraian latar belakang diatas, dimana permasalahan *discharge planning* ini masih menjadi hal yang perlu diperhatikan oleh pihak rumah sakit, maka peneliti melihat lebih dalam lagi:

1. Bagaimana keefektifan pelaksanaan *discharge planning* model *IDEAL* untuk memperpendek hari rawat pasien (*AvLOS*) pada pasien DM dengan Hipertensi RSUD Batusangkar dan RSUD AROSUKA Solok tahun 2023?
2. Bagaimana keefektifan pelaksanaan *discharge planning* model *IDEAL* untuk memperendah *Hospital Cost* pada pasien DM dengan Hipertensi di RSUD Batusangkar dan RSUD AROSUKA Solok tahun 2023?
3. Bagaimana keefektifan pelaksanaan *discharge planning* model *IDEAL* untuk mengurangi frekuensi *readmission* pada pasien DM dengan Hipertensi di RSUD Batusangkar dan RSUD AROSUKA Solok tahun 2023?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Berdasarkan fenomena diatas, maka peneliti perlu melakukan penelitian terkait “Efektifitas Pelaksanaan *Discharge Planning* Model *IDEAL*

terhadap *AvLOS*, *Hospital Cost*, *Readmission* Pada Pasien Diabetes Melitus RSUD Batusangkar dan RSUD AROSUKA Solok Tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi distribusi frekuensi karakteristik perawat RSUD Batusangkar dan RSUD Arosuka Solok.
- b. Mengidentifikasi distribusi frekuensi karakteristik pasien DM dengan Hipertensi meliputi umur, jenis kelamin dan pendidikan.
- c. Mendapatkan gambaran rerata lama hari rawat (*AvLOS*) pasien DM dengan Hipertensi sebelum dan sesudah pelaksanaan *Discharge Planning* model *IDEAL* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSUD Batusangkar dan RSUD Arosuka Solok tahun 2023.
- d. Mendapatkan gambaran rerata *hospital cost* pasien DM dengan Hipertensi sebelum dan sesudah pelaksanaan *Discharge Planning* model *IDEAL* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSUD Batusangkar dan RSUD AROSUKA Solok tahun 2023.
- e. Mendapatkan gambaran rerata *readmission* pasien DM dengan Hipertensi sebelum dan sesudah pelaksanaan kontrol *Discharge Planning* model *IDEAL* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSUD Batusangkar dan RSUD AROSUKA Solok tahun 2023.
- f. Menganalisis rerata perbedaan hari rawat (*AvLOS*) pasien DM dengan Hipertensi antara sebelum dan sesudah pelaksanaan *Discharge Planning* model *IDEAL* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSUD Batusangkar dan RSUD Arosuka Solok tahun 2023.

- g. Menganalisis rerata perbedaan *hospital cost* pasien DM dengan Hipertensi antara sebelum dan sesudah pelaksanaan *Discharge Planning* model *IDEAL* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSUD Batusangkar dan RSUD Arosuka Solok tahun 2023.
- h. Menganalisis rerata perbedaan *readmission* pasien DM dengan Hipertensi antara sebelum dan sesudah pelaksanaan *Discharge Planning* model *IDEAL* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSUD Batusangkar dan RSUD Arosuka Solok tahun 2023.
- i. Menganalisis rerata perbedaan hari rawat (*AvLOS*) pasien DM dengan Hipertensi antara sebelum dan sesudah pelaksanaan *Discharge Planning* model *IDEAL* pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol di RSUD Batusangkar dan RSUD Arosuka Solok tahun 2023.
- j. Menganalisis rerata perbedaan *Hospital Cost* pasien DM dengan Hipertensi antara sebelum dan sesudah pelaksanaan *Discharge Planning* model *IDEAL* pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol di RSUD Batusangkar dan RSUD Arosuka Solok tahun 2023.
- k. Menganalisis rerata perbedaan *Readmission* pasien DM dengan Hipertensi antara sebelum dan sesudah pelaksanaan *discharge planning* model *IDEAL* pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol di RSUD Batusangkar dan RSUD Arosuka Solok tahun 2023.
- l. Menganalisis efektifitas Pelaksanaan *Discharge Planning* model *IDEAL* terhadap penurunan rerata *AvLOS*, *Hospital Cost*, dan frekuensi *Readmission* pada pasien DM dengan hipertensi.

D. Manfaat Penelitian

Diharapkan penelitian ini bisa bermanfaat bagi semua pihak yang terlibat secara langsung ataupun tidak langsung, yaitu RSUD Batusangkar dan RSUD Arosuka Solok, Responden, Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Universitas Andalas, Peneliti sendiri dan peneliti selanjutnya.

1. Bagi Perawat

Melalui penelitian ini, diharapkan dapat melaksanakan *Discharge Planning* model *IDEAL* pada pasien DM dengan hipertensi sesuai dengan standar dan tujuan yang ingin dicapai, sehingga pasien sembuh optimal. Dan penelitian ini bisa digunakan sebagai *evidence base* bagi perawat terhadap pentingnya program *Discharge Planning* model *IDEAL* pada pasien DM dengan hipertensi. Hasil penelitian ini diharapkan juga bisa memberikan masukan kepada pihak manajemen pelayanan keperawatan dalam upaya meningkatkan kinerja perawat di ruangan rawat pada pelaksanaan *Discharge Planning* model *IDEAL* ini.

2. Bagi Pelayanan Keperawatan

Dari hasil penelitian ini bisa memperkaya ilmu pengetahuan, wawasan, dan sebagai referensi tambahan untuk pelaksanaan *Discharge Planning* model *IDEAL* pada pasien DM. Hasil penelitian ini dapat menjelaskan bentuk pengembangan model *IDEAL* terhadap kepuasan pasien di rumah sakit , yang diharapkan dapat memberi informasi tentang model *discharge planning* yang sesuai standart keperawatan, sehingga bermanfaat dalam memberikan wacana dan sumbangan pemikiran untuk pengembangan keilmuan

manajemen keperawatan yang berhubungan dengan pelaksanaan *Discharge Planning*.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini sebagai referensi buat peneliti lainnya mengenai informasi, data tambahan, bahan masukan pemikiran serta acuan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian yang lebih baik lagi.

