

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Pengertian *Discharge Planning*

*Discharge planning* adalah suatu pendekatan interdisipliner meliputi pengkajian kebutuhan klien tentang perawatan kesehatan diluar rumah sakit, disertai dengan kerjasama dengan klien dan keluarga klien dalam mengembangkan rencana-rencana perawatan setelah perawatan di Rumah Sakit (Brunner & Sudarth, 2002). *Discharge planning* sebaiknya dilakukan sejak pasien diterima di suatu pelayanan kesehatan atau Rumah Sakit, dimana rentang waktu pasien untuk menginap semakin pendek. *Discharge planning* sebagai proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu unit pelayanan kepada unit yang lain didalam atau diluar suatu agen pelayanan kesehatan umum (Kozier, 2004).

*Discharge planning* sebagai perencanaan kepulangan pasien dan memberikan informasi kepada klien dan keluarganya tentang hal-hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisi atau penyakitnya (Rindhianto, 2008). *Discharge planning* merupakan suatu cara yang dinamis bagi tim kesehatan dalam mendapatkan kesempatan yang cukup untuk menyiapkan pasien sehingga mampu melakukan perawatan mandiri di rumah. Selain itu kondisi di atas dapat disebabkan oleh lama bekerja perawat yang mayoritas baru 1-3 tahun, sehingga belum mendapatkan pengalaman dalam memberikan *discharge planning* secara terinci dan baik. Mengingat hal tersebut maka perawat harus memberikan *discharge planning*

secara lengkap dan benar, agar pasien dapat mandiri melakukan perawatan di rumah. (Nursalam, 2009).

*Discharge planning* akan menghasilkan sebuah hubungan yang terintegrasi yaitu antara perawatan yang diterima pada waktu di Rumah Sakit dengan perawatan yang diberikan setelah pasien pulang. Perawatan di Rumah Sakit akan bermakna jika dilanjutkan dengan perawatan dirumah. Namun, sampai saat ini *discharge planning* bagi pasien yang dirawat belum optimal karena peran perawat masih terbatas pada pelaksanaan kegiatan rutinitas saja, yaitu hanya berupa informasi tentang jadwal kontrol ulang. (Nursalam, 2007).

## **2.2 Manfaat *Discharge Planning***

Beberapa manfaat *discharge planning* yang dikemukakan oleh Swanburg (2000) yaitu :

1. *Discharge planning* diperlukan oleh badan atau lembaga akreditasi tertentu dalam membuat suatu desain *discharge planning* sehingga mempermudah dalam pengaturan atau manajemen *discharge planning* bagi pasien.
2. *Discharge planning* diperlukan oleh kerja peraktik perawat negara bagian ANA (*American Nurse Association Standards for Nursing Practice*) untuk membuat suatu cara atau standar pelayanan keperawatan untuk menilai apakah perawat memberikan pelayanan yang berkualitas atau tidak sehingga dapat dibedakan perawat yang bekerja secara profesional maupun non-profesional.

3. *Discharge planning* sebagai rencana terdokumentasi untuk evaluasi terhadap perawatan dan rencana pulang dengan memperhatikan kebutuhan fisik, emosi dan mental pada saat pasien pulang.
4. Menurunkan jumlah kekambuhan, penerimaan kembali pasien dan kunjungan ke ruangan kedaruratan.
5. Menjamin penggunaan tenaga perawat dan sumber-sumber pelayanan secara tepat.
6. Menolong pasien dalam memahami kebutuhan setelah perawatan.
7. Menjamin penggunaan sumber-sumber dukungan dalam komunitas.

### **2.3 Keuntungan *Discharge Planning***

Menurut Pemila (2011), pelaksanaan *discharge planning* memberikan keuntungan yaitu :

1. Bagi Perawat
  - a. Dapat merasakan bahwa keahliannya dapat diterima dan dapat digunakan.
  - b. Menerima kunci informasi setiap waktu.
  - c. Memahami perannya dalam suatu system.
  - d. Dapat mengembangkan ketrampilan dalam prosedur baru.
  - e. Memiliki kesempatan untuk bekerja dalam setting yang berbeda dan cara yang berbeda.
  - f. Bekerja dengan efektif dalam suatu system.
2. Bagi Pasien
  - a. Dapat memenuhi kebutuhan pasien.

- b. Merasakan bahwa dirinya adalah bagian dari proses perawatan sebagai bagian yang aktif dan bukan objek yang tidak berdaya.
- c. Menyadari haknya untuk dipenuhi segala kebutuhan.
- d. Merasa nyaman untuk kelanjutan perawatannya dan memperoleh support sebelum timbulnya masalah.
- e. Dapat memilih prosedur perawatannya,
- f. Mengerti apa yang terjadi pada dirinya dan mengetahui siapa yang dapat dihubungnya.

#### **2.4 Prinsip Umum Dalam Penerapan Discharge Planning**

Menurut Alghzaei (2012), adapun prinsip yang harus diketahui ketika mengerjakan *Discharge planning* adalah :

1. Perencanaan yang teliti menjadi inti dari keberhasilan suatu perawatan dalam suatu kelompok. Perencanaan proses keperawatan dari pasien masuk sampai dirawat dibuat dalam suatu *discharge planning*.
2. Tim yang memberi perawatan harus berkolaborasi dengan pasien dan keluarga dalam membuat suatu keputusan untuk perencanaan pulang dan resiko yang mungkin terjadi terkait dengan kebutuhan pasien secara spesifik.
3. *Discharge planning* dirumuskan dengan memperhatikan perawatan secara komprehensif yaitu sejak pasien masuk.

4. Dalam membuat *discharge planning*, pasien dan pemberi asuhan harus sama- sama terlibat dalam membuat discharge planning sehingga ada kesepakatan bersama dalam mengerjakan praktik perencanaan.
5. Setiap pasien harus memperhatikan perencanaan prioritas, perawat dan tim kesehatan lain dibuat dalm suatu dokumentasi.
6. Dokumentasi *discharge planning* dengan lengkap mulai dari nama pasien, tanda tangan, pengetahuan dan persetujuan pasien terkait dengan *discharge planning* dan tindak lanjut perawatan.

## **2.5 Komponen perawatan dan *discharge planning***

Menurut *National Council of Social Service* (2006), komponen perencanaan perawatan dan *discharge planning* terdiri dari :

### 1. Komponen Perawatan

Hal yang harus dipertimbangkan dalam perencanaan perawatan yaitu :

- a. Kekuatan, kebutuhan, kemampuan dan kesiapan pasien.
- b. Merupakan bentuk ringkasan (*summary*)
- c. SMART yaitu *Spesific* (spesifik), *Measurable* (dapat diukur), *Achievable* (terjangkau), *Realostic and Time-bound* (realistis dan dalam batas waktu tertentu).
- d. Perencanaan dan komunitas berperan dalam rangka mencapai tujuan akhir.
- e. Pemindehan pasien dan rencana pulang meliputi kriteria pemulngan dan pemindehan pasien.

- f. Melibatkan peran dari pasien, keluarga atau perawat staff, sukarelawan dan sumber pendukung lain seperti tetangga.

## 2. Komponen *discharge planning*

Hal yang harus dipertimbangkan dalam *discharge planning* yaitu :

- a. Kondisi pasien terkini (fisik, mental dan social) dan perubahan terjadi pada pasien setelah diintervensi.
- b. Antisipasi gejala, masalah atau perubahan yang terjadi setelah pasien pulang meliputi factor pendukung yang tersedia untuk mempertahankan kondisi pasien atau factor lain yang mempengaruhi kondisi pasien.
- c. Anjurkan untuk melakukan perawatan berkelanjutan atau pemeriksaan ke pelayanan kesehatan.
- d. Kebutuhan perawat akan pelatihan dan penelitian untuk memberikan pelayanan yang berdampak dalam memberikan pelayanan.
- e. Komunitas dan sumber dukungan social bagi pasien dan perawat meliputi transportasi, pemeliharaan peralatan, perawatan yang cukup, perawatan di rumah, rujukan dan pelayanan yang tersedia.
- f. Sumber-sumber informasi seperti liflet, video, buku dan situs tertentu.
- g. Informasi tentang pemberi pelayanan *discharge planning* meliputi nama, nomor telpon dan email yang dapat dihubungi.

### **2.6 Proses Pelaksanaan *Discharge Planning***

Proses *discharge planning* memiliki kesamaan dengan proses keperawatan. Kesamaan tersebut bisa dilihat dari adanya pengkajian pada saat pasien mulai di

rawat sampai dengan adanya evaluasi serta dokumentasi dari kondisi pasien *selama* mendapatkan perawatan di rumah sakit. Pelaksanaan *discharge planning* menurut Potter & Perry (2005) secara lebih lengkap dapat di urut sebagai berikut:

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 social dan keluarga, sumber-sumber system pendukung baik formal maupun non-formal, 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 holistic sehingga didapatkan kebutuhan yang harus dipenuhi pada pasien.

2. Penerimaan

Penerimaan pasien dilakukan setelah pasien mendaftar dan informasi mengenai pasien dicatat di dalam dokumentasi

3. Pengkajian kebuuhan pasien, jika diperlukan 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. Diinterpestasikan dalam bentuk ringkasan (summary)

Setelah kekuatan, kebutuhan, kemampuan dan kesiapan pasien diidentifikasi pada saat pengkajian kebutuhan, data pasien kemudian dikembangkan ke dalam bentuk ringkasan. Ringkasan ini berisi diagnose dan kebutuhan yang akan dipenuhi pada pasien sesuai dengan prioritas masalah.

5. Menetapkan rencana keperawatan dan *discharge planning* dalam suatu

diskusi bersama pasien dan pemberi perawatan. Rencana perawatan yang dibuat harus berdasarkan proritas 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

Meaksanakan 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 intuk 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 :

- 1) Apa yang anda lakukan untuk mengatasi suatu masalah (koping) ?
- 2) Apakah ada hal yang ingin anda tanyakan ?
- 3) Apakah tdi lingkungan tempat tinggal anda ada fasilitas pelayanan kesehatan yang mendukung ?
- 4) Apakah pemberi pelayanan mampu memberikan dukungan yang adekuat bagi anda ?
- 5) Perubahan apa yang anda rasakan ?

### **2.7 Tahapan Pelaksanan *Discharge Planning***

Menurut Nursalam (2007) tahapan *discharge planning* dapat di uraikan sebagai berikut :

#### 1. Tahap I tentang pengetahuan

Pada tahap I *discharge planning* pada pasien dilakukan dengan cara bertanya untuk mengetahui seberapa banyak klien mengetahui tentang penyakit yang sedang dideritanya adapun pertanyaan yang akan diajukan bersekitaran tentang :

- a. Pengetian
- b. Penyebab
- c. Tanda dan gejala

- d. Penatalaksanaan komplikasi
  - e. Cara penularan'
  - f. Pencegahan
  - g. Pemeriksaan penunjang (darah, urin foto thorax dll )
2. Tahap II tentang intervensi I

Pada tahap II *discharge planning* yang dilakukan oleh tenaga medis maupun para medis dalam melakukan kolaborasi untuk menjelaskan tentang kondisi atau keadaan yang diderita oleh klien, antara lain :

1) Dokter spesialis

- a. Penelasan penyakit, penyebab, tanda dan gejala serta prognosa
- b. Hasil pemeriksaan
- c. Tindakan medis
- d. Perkiraan hari perawatan
- e. Penjelasan komplikasi yang terjadi

2) Perawat

- a. Penanganan dan perawatan dirumah
- b. Keamanan lingkungan perawatan dirumah
- c. Mengajarkan kepada keluarga dan pasien cara penanganan tanda dan gejala pada saat di rumah

3) Farmasi

- a. Nama, dosis, aturan pemakaian dan kegunaan obat
- b. Cara pemberian dan penyimpanan obat
- c. Efek samping dan kontraindikasi obat

- 4) Gizi
  - a. Penyuluhan tentang diet dan nutrisi
  - b. Makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi
3. Tahap III tentang intervensi II

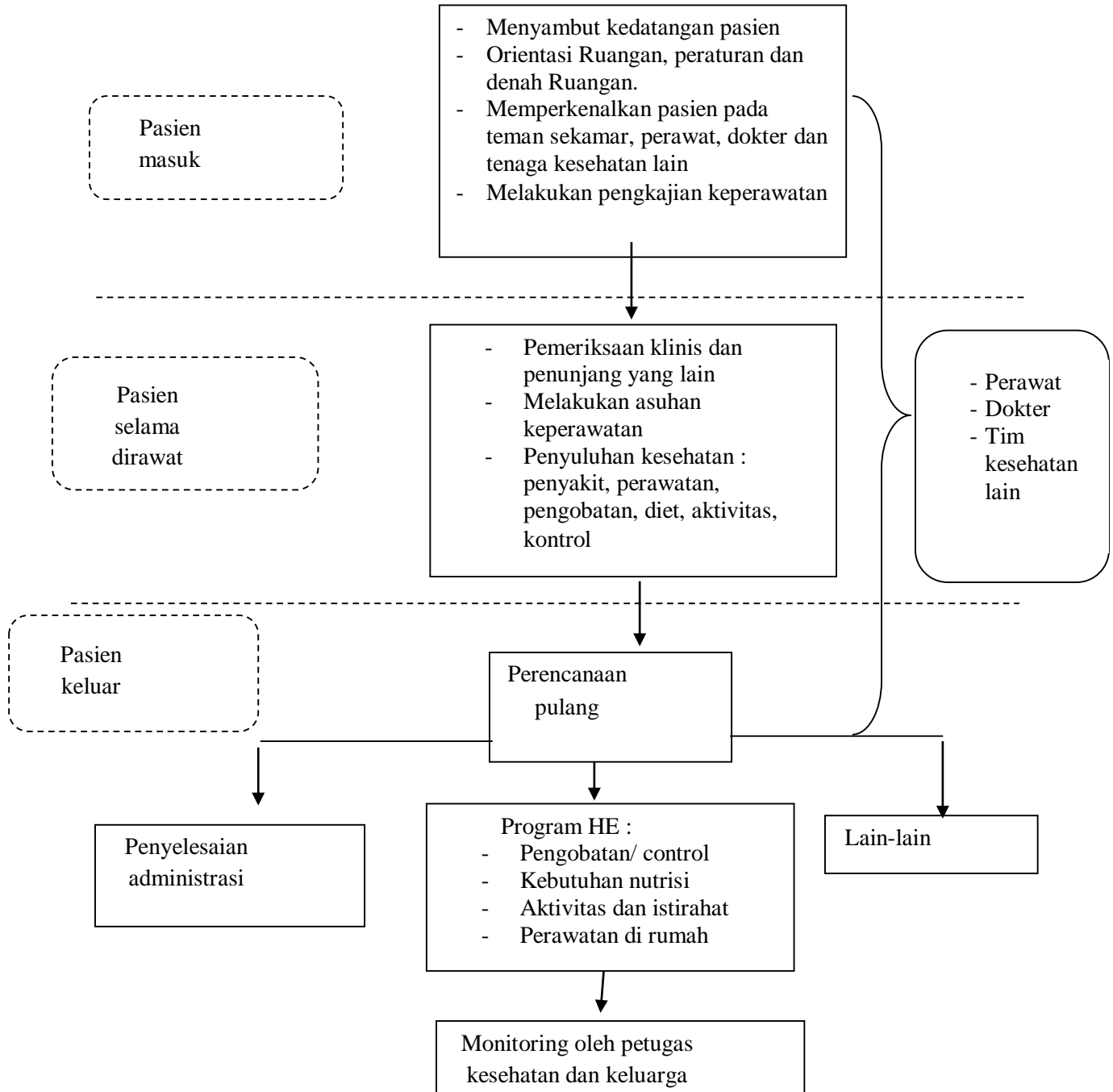
Perawat melakukan tindakan dengan cara mendemonstrasikan suatu kegiatan yang akan di contoh oleh pasien seperti cara cuci tangan yang benar, sehingga dapat mengurai cara penularan penyakit melalui tangan.

4. Tahap IV tentang pertemuan keluarga atau evaluasi (perencanaan dan diskusi)

Tahap IV *discharge planning* dilakukan dengan cara mendiskusikan dan merencanakan tentang pengawasan obat pasien dan perawatan pasien selama di rumah sakit dan lingkungan rumah sehingga keluarga pasien dapat mengetahui kebutuhan yang di butuhkan oleh pasien.

## 2.8 Alur *Discharge Planning*

Alur pelaksanaan *Discharge planning* (Nursalam dkk, 2008)



## 2.9 Standart Kualitas Pelaksanaan Discharge Planing

Menurut (Greysen, 2012) ada 5 topik untuk menilai kualitas pelaksanaan *Discharge Planning*, antara lain :

### 1. Kerja sama tim dan interdisipliner *Discharge planing*

Pada tema ini difokuskan tentang komunikasi yang dilakukan antar tenaga kesehatan. Meningkatkan kedisiplinan dan kerjasama antar tim akan meningkatkan kualitas pelayan discharge planning. Sehingga kerja sama tim sangat dibutuhkan dalam proses discharge planning.

### 2. Perencanaan terstruktur serta strategi discharge planning

Hasil menunjukkan belum ditemukan bahwa discharge planning dijadikan sebagai prioritas sampai pasien siap untuk pulang. Untuk memberikan perencanaan terstruktur dilakukan dengan pembuatan jadwal khusus untuk pelaksanaan Discharge Planing terintegrasi.

### 3. Keselamatan pasien dan konsep Discharge planning yang aman

Pasien membutuhkan perawatan yang holistic dan berkelanjutan dalam proses penyembuhan. Hasil penelitian menunjukkan keselamatan pasien setelah pulang adalah perawatan lanjut atau rehabilitasi.

### 4. Perawatan berkelanjutan setelah pasien mendapatkan discharge planning

*Discharge Planning* sudah dilakukan tapi masih susah untuk dilakukan pembelajaran berkelanjutan setelah pasien pulang sehingga harus ada follow up post discharge.

## 5. Dokumentasi *Discharge Planing*

Dokumentasi selalu berbanding lurus dengan kualitas *Discharge Planning*, *Discharge Planning* yang berkualitas harus ada dokumentasi terstandar.

### **2.10 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perencanaan Pulang**

Perencanaan pulang merupakan bagian integral dari proses keperawatan. Menurut *Nursing Policy: N-55*, (2010), perencanaan pulang adalah salah satu dari tujuan proses keperawatan, oleh karena itu penerapan perencanaan pulang termasuk bagian penerapan proses keperawatan. Pelaksanaan proses keperawatan adalah tanggung jawab perawat. Keberhasilan pelaksanaan proses keperawatan juga sangat ditentukan oleh perawat, sehingga jika dianalog bahwa keberhasilan proses perencanaan pulang juga ditentukan oleh perawat. Keberhasilan perencanaan pulang dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk perawat. Perawat seperti pada sumber daya lainnya dalam melaksanakan suatu pekerjaan banyak dipengaruhi oleh motivasi yang berkaitan erat dengan ciri pribadi seseorang (Ilyas, 2002). Potter dan Perry (2005), menyebutkan bahwa keberhasilan penerapan proses keperawatan dipengaruhi oleh diri pribadi perawat dan diri pribadi pasien. Selain itu pendapat lain dari hasil penelitian Poglitsch, Emery & Darragh (2011) yaitu tentang faktor-faktor yang menentukan keberhasilan proses perencanaan pulang terdapat lima faktor yang berkontribusi. Faktor-faktor tersebut adalah faktor personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus. Dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan

pulang adalah karakteristik perawat, personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus.

#### 1. Karakteristik perawat

Karakteristik biografis individu dalam organisasi antara lain: umur, jenis kelamin, status perkawinan dan masa kerja (Gibson, 1996; Riani, 2011; Robbins, 2006; Tomey, 2003). Pendidikan juga termasuk karakteristik individu yang mempengaruhi perilaku individu (Ilyas, 2002; Siagian, 2006).

##### a. Umur

Sopiah (2008) menyatakan bahwa umur menentukan perilaku seorang individu. Umur juga menentukan kemampuan seorang untuk bekerja, termasuk bagaimana dia merespon stimulus yang dilancarkan individu/pihak lain. Robbins (2006) meyakini bahwa kinerja merosot dengan meningkatnya umur, tetapi pada umur tertentu pula seseorang meningkat produktivitasnya. Menurut Gibson (1996) bahwa umur dapat mempengaruhi kinerja dimana pengembangan karir terjadi pada usia 30 tahun, selain itu ketrampilan seseorang terutama dalam hal kecepatan, kecekatan, kekuatan dan koordinasi dihubungkan dengan bertambahnya waktu. Umur menurut tingkat perkembangan manusia dikategorikan menjadi dewasa muda (20-39 tahun), dewasa madya (40-59 tahun), dan dewasa akhir (60 tahun keatas). Semakin bertambah usia berarti semakin arif dan bijaksana untuk

melakukan suatu pekerjaan (Papalia, Olds & Feldman, 2009). Pada kelompok dewasa muda ini, termasuk pada pernyataan Simanjatak (1995) bahwa kelompok usia 30 – 40 tahun merupakan usia dengan tingkat produktivitas tertinggi.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin dibedakan menjadi dua yaitu laki-laki dan perempuan. Tomey (2003) menyatakan bahwa sikap wanita lebih bervariasi daripada laki-laki. Wanita lebih menekankan kondisi pekerjaan, jam dan kemudahan pekerjaan, supervisi dan aspek sosial dari pekerjaan, dimana laki-laki lebih menekankan pada upah, kesempatan untuk lebih maju, kebijakan dan manajemen perubahan dan ketertarikan pada tugas. Robbins (2006) menyatakan bahwa penelitian-penelitian psikologis menunjukkan bahwa wanita lebih bersedia untuk mematuhi wewenang dan pria lebih agresif, dan laki-laki memiliki harapan atas keberhasilan lebih besar daripada wanita, namun perbedaan-perbedaan tersebut tidak besar. Karyawan wanita menurut kodratnya, lebih sering tidak masuk kerja dibanding laki-laki. Misalnya karena hamil, melahirkan, dan lain-lain. Walaupun demikian wanita memiliki kelebihan dibanding karyawan laki-laki. Karyawan wanita cenderung lebih rajin, disiplin, teliti dan sabar (Sopiah, 2008). Robbins (2006) menyatakan bahwa wanita mempunyai peran dan tanggung jawab dalam keluarga dan perawatan anak serta sebagai pencari nafkah sekunder.



c. Status perkawinan

Karyawan yang sudah menikah dengan karyawan yang belum/tidak menikah akan berbeda memaknai suatu pekerjaan. Begitu juga dengan tingkat kepuasan kerja. Karyawan yang sudah menikah menilai pekerjaan sangat penting karena dia sudah memiliki sejumlah tanggung jawab sebagai kepala keluarga (Sopiah, 2008). Robbins (2006) menyatakan bahwa suatu pernikahan akan memaksakan peningkatan tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan penting. Pelaksanaan pelayanan keperawatan mencakup pelaksanaan perencanaan pulang.

d. Masa kerja

Robbins (2006) menyebutkan bahwa bukti paling baru menunjukkan suatu hubungan positif antara senioritas dan produktivitas pekerjaan, dengan demikian masa kerja diekspresikan sebagai pengalaman kerja, tampaknya menjadi dasar perkiraan yang baik terhadap produktivitas karyawan. Siagian (2006) menyatakan bahwa masa kerja menunjukkan berapa lama seseorang bekerja pada masing-masing pekerjaan. Lama kerja terkait dengan jenjang karir dalam panduan Depkes (2006) ada beberapa, yaitu; 0 tahun atau <2 tahun, 3 tahun, 4 tahun, 5 tahun, 6 tahun dan 9 tahun. Penggolongan lama kerja berdasarkan konsep tersebut adalah 1-9 tahun dan lebih dari 9 tahun.

e. Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu karakteristik demografi yang dapat mempengaruhi seseorang, baik terhadap lingkungan maupun obyek tertentu, selain itu pendidikan merupakan faktor tidak langsung yang berpengaruh pada kinerja (Ilyas, 2002). Semakin tinggi pendidikan akan semakin kritis, logis dan sistematis dalam berpikir sehingga meningkatkan kualitas kerjanya. Sejalan dengan pendapat Siagian (2006) yang mengemukakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan ketrampilan yang dimilikinya. Tomey (2003) menyatakan bahwa wanita yang berpendidikan tinggi lebih termotivasi untuk pencapaian, pengakuan dan tanggung jawab secara signifikan lebih tinggi daripada wanita yang tidak diperguruan tinggi.

2. Faktor personil perencanaan pulang

Personil perencanaan pulang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Faktor personil perencanaan pulang adalah orang-orang yang berkontribusi dalam perencanaan pulang yaitu perawat, dokter, ahli gizi, apoteker, petugas kesehatan di masyarakat, pasien dan anggota keluarga (Poglitsch, Emery & Darragh, 2011). Perawat adalah salah satu personil yang mempunyai penting dalam perencanaan pulang. Menurut Nosbuch, Weiss dan Bobay (2011), salah satu tantangan yang dihadapi oleh perawat dalam perencanaan pulang pada pasien dengan

perawatan akut adalah kebingungan peran dan tidak terlihatnya peran staf perawat dalam perencanaan pasien pulang.

### 3. Faktor keterlibatan dan partisipasi

Keterlibatan dan partisipasi mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Keterlibatan dan partisipasi terdiri dari tingkat keterlibatan pasien dan tenaga kesehatan dan cara mereka berpartisipasi dalam perencanaan pulang (Poglitsch, Emery & Darragh, 2011). Keterlibatan tim multi profesional secara dini sangat penting dalam perencanaan pulang yang efektif (Frampton, 2011). Menurut Holland dan Heman (2011), keberhasilan standarisasi proses perencanaan pulang adalah kerjasama tim multidisiplin, hal ini penting untuk ditingkatkan bagi pelaksanaan seluruh organisasi pelayanan kesehatan. Menurut Han, Barnard dan Chapman (2009), perencanaan pulang adalah suatu kegiatan perencanaan pulang dengan keterlibatan dalam pendidikan pasien, praktek profesional yang dapat dipertanggung-gugatkan, dan adanya otonomi dalam praktek keperawatan. Peran dan tanggung-jawab perawat dalam perencanaan pulang adalah melaksanakan, mengkoordinasikan dan memantau kemajuan perawatan dan kesiapan klien untuk pemulangan Klien dan pemberi pelayanan (orang tua, wali atau keluarga) dan atau orang lain yang penting juga harus aktif terlibat dan dikonsultasikan dalam perencanaan pemulangan pasien (NCSS, 2006). Menurut Bull, Hansen dan Gross (2000), keterlibatan keluarga dalam pelaksanaan perencanaan pulang secara signifikan dapat meningkatkan kepuasan, meningkatkan persepsi tentang perawatan berkelanjutan,

meningkatkan persiapan untuk merawat pasien, dan meningkatkan peran untuk memberikan pelayanan pada pasien.

#### 4. Faktor komunikasi

Komunikasi mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Komunikasi terdiri dari sejauh mana tenaga kesehatan dan pasien berbagi informasi (Poglitsch, Emery & Darragh, 2011). Perawat harus menjelaskan tujuan, manfaat dan proses perencanaan perawatan kepada klien dan pengasuh. Rencana perawatan harus disampaikan kepada klien dengan cara dan tingkat kecepatan komunikasi yang sesuai dengan mereka. Perlu untuk mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut dalam berkomunikasi yaitu: latar belakang pribadi (profesi, agama dan suku); bahasa dan cara-cara yang disukai dalam berkomunikasi; kondisi intelektual, mental dan emosional saat berkomunikasi; dan adanya penurunan fisik (misalnya gangguan pendengaran dan visual) (NCSS, 2006). Komunikasi antara pemberi pelayanan/keluarga dan petugas yang terlibat dalam perencanaan pulang adalah penting untuk keberhasilan perencanaan pulang. Konferensi antar multidisiplin dalam pemulangan dilakukan secara rutin, dimana anggota tim berkesempatan untuk berbagi informasi secara langsung tentang keadaan klien dan kebutuhan tertentu klien (Iyer, Levin & Shea, 2006).

Pasien dan keluarga atau orang yang merawat pasien adalah pusat proses pemulangan dan harus terlibat didalam perencanaan pulang, sehingga komunikasi ini penting untuk memastikan pasien dan keluarga atau orang merawat yang memahami semua yang didiskusikan dan

diinstruksikan. Bila ada kendala bahasa, gunakan orang yang bisa membantu untuk mengatasi kendala dalam komunikasi. Kapanpun melakukan komunikasi verbal harus didukung oleh perawat dan pemberian informasi tertulis yang sesuai, khususnya untuk pasien yang tidak bisa berkomunikasi secara efektif akibat dari kendala bahasa atau ketidakmampuan (Frampton, 2011). Menurut Nosbuch, Weiss dan Bobay (2011), tantangan yang dihadapi oleh perawat dalam perencanaan pulang pada pasien dengan perawatan akut adalah intra komunikasi dan komunikasi lintas disiplin dalam perencanaan pulang.

#### 5. Faktor waktu

Waktu mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Waktu menggambarkan kendala waktu pada proses perencanaan pulang (Poglitsch, Emery & Darragh, 2011). Waktu yang cukup adalah penting bagi perencanaan pulang karena memberikan kesempatan untuk pengkajian klien, pengembangan dan pelaksanaan perencanaan pulang. Lamanya waktu yang tersedia untuk perencanaan pulang bervariasi. Pasien pulang secara dini juga dapat mempengaruhi waktu yang tersedia untuk perencanaan pulang (Moran, et al. 2005). Danvers (2011) menyatakan bahwa waktu yang cukup sangat penting untuk perencanaan pulang karena memberikan kesempatan untuk melakukan pengkajian klien, pengembangan dan pelaksanaan perencanaan pulang. Lamanya waktu yang tersedia untuk perencanaan pulang bervariasi pada tiap-tiap institusi yang berbeda. Hasil wawancara dengan berbagai institusi menunjukkan bahwa waktu yang tersedia untuk perencanaan pulang

mempengaruhi kecukupan upaya perencanaan pulang. Pelaksanaan perencanaan pulang adalah bagian dari penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit. Suhartini, Anggorowati dan Katili (2003) menyatakan bahwa belum lengkapnya fasilitas penunjang seperti buku pedoman SAK di ruang rawat, kurangnya waktu, dan rumit serta sulitnya pengisian format menimbulkan penerapan SAK pada tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi kurang dalam penulisan. Menurut Nosbuch Weiss dan Bobay (2011), salah satu tantangan yang dihadapi oleh perawat dalam perencanaan pulang pada pasien dengan perawatan akut adalah waktu dalam perencanaan pulang.

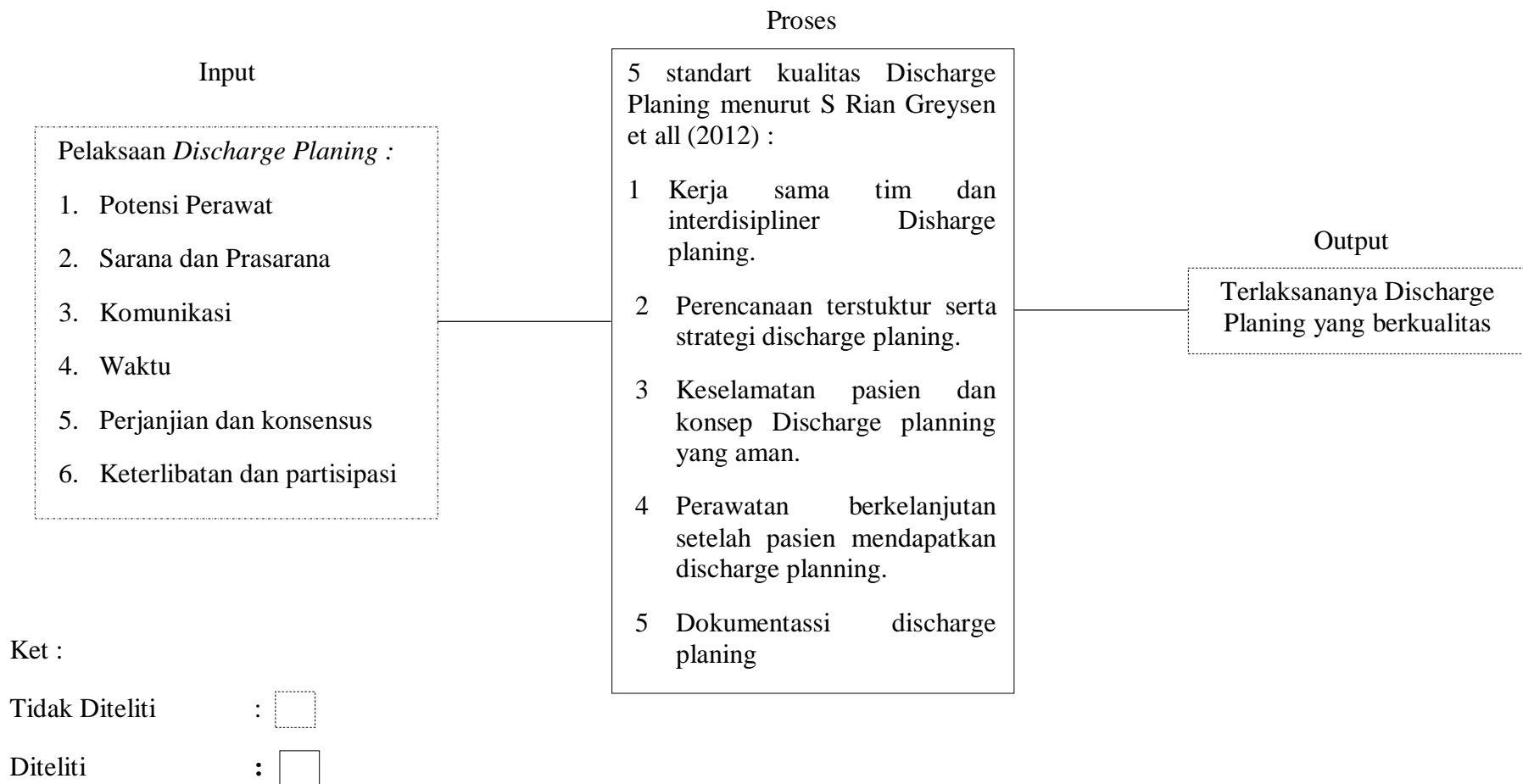
#### 6. Faktor perjanjian dan konsensus

Perjanjian atau konsensus mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Perjanjian atau konsensus adalah menggambarkan persetujuan dan kesepakatan di antara semua anggota tim kesehatan dalam perencanaan pulang pasien (Poglitsch, Emery & Darragh, 2011). Proses perencanaan pulang pasien yaitu mengembangkan/menyusun perencanaan pulang pasien, membuat kesepakatan, mewujudkan rencana yang telah disepakati, dan mengantar pasien ke rumah. Perencanaan pasien dimulai dengan merencanakan perencanaan kehidupan klien atau keluarga setelah pulang (Tomura, et al. 2011).

Tomura et al. (2011) menyatakan bahwa membuat perjanjian/persetujuan pemulangan adalah kategori inti dari proses perencanaan pulang yang dilakukan oleh perawat. Proses perencanaan pulang terdiri dari: 1) mengembangkan cetak biru, 2) membuat kesepakatan, 3)

mewujudkan rencana yang telah disepakati, 4) mengirimkan cetak biru ke rumah klien. Perawat memulai mengembangkan suatu cetak biru kehidupan klien/keluarga setelah pulang. Perawat diharapkan untuk membuat persetujuan dengan klien/keluarga tentang perencanaan pulang. Aktifitas perencanaan pulang secara rinci didasarkan pada kehidupan sehari-hari klien/keluarga, dan rencana yang dibuat dalam rentang yang dapat diterima oleh klien.

## 2.10 Kerangka Konsep



**Gambar 2.1** Kerangka Konsep Penerapan Discharge planing yang berkualitas di Ruang Sofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang.