

## Pelaksanaan Discharge Planning di Ruang ICU Rumah Sakit X Jakarta

Dyah Fitri W<sup>1\*</sup>, Rr. Tutik Hariyati<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Postgraduate Student, Faculty of Nursing, Universitas Indonesia

<sup>1</sup>RSUD Kota Depok

<sup>2</sup>Departement Basic Science & Fundamental Nursing, Universitas Indonesia

\*Email korespondensi: deefwe@yahoo.com

### ARTICLE INFO

#### HOW TO CITED:

Wulandari, F. D., Hariyati, R. T. (2019). Pelaksanaan Discharge Planning di Ruang ICU Rumah Sakit X Jakarta. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia* 5(1), p. 67-76

#### DOI:

10.17509/jpki.v5i1.16008

#### ARTICLE HISTORY:

*Accepted*  
May 22, 2019

*Revised*  
May 23, 2019

*Published*  
June 30, 2019

### ABSTRAK

Discharge planning merupakan suatu proses yang kompleks yang bertujuan untuk menyiapkan pasien dalam masa transisi di rumah sakit sampai pasien tersebut kembali ke rumahnya, dimana pelaksanaannya harus dibuat sejak awal pasien datang ke pelayanan kesehatan. Pelaksanaan discharge planning di rumah sakit dilakukan sebelum pasien pulang, atau sebelum pasien keluar dari unit layanan. Pengamatan yang dilakukan penulis terhadap pelaksanaan discharge planning di ruang ICU, perawat lebih mengutamakan dan memperhatikan kondisi kritis pasien, sehingga melupakan pelaksanaan discharge planning. Tujuan tulisan ini adalah melakukan analisis terhadap pelaksanaan discharge planning di ruang ICU RS X Jakarta. Metode yang digunakan adalah metode analisis dengan menggunakan fishbone melalui asesmen yang dilakukan berupa observasi, wawancara dan pengumpulan data sekunder yang sudah ada di RS X Jakarta, setelah itu dilakukan pencarian literatur untuk mengidentifikasi penyebabnya, sehingga dapat diusulkan rekomendasi untuk penyelesaian terhadap masalah tersebut. Dari hasil analisis ditemukan bahwa pengetahuan perawat yang masih kurang tentang discharge planning dan kurang optimalnya sistem yang mendukung pelaksanaan discharge planning seperti format, SOP dan panduan. Rekomendasi yang diusulkan yaitu berupa perbaikan format discharge planning, revisi SOP, pembuatan panduan dan pelaksanaan pelatihan discharge planning.

**Kata kunci:** discharge planning, ruang ICU, perawat, diagram fishbone

### ABSTRACT

*Discharge planning is a complex process that aims to prepare patients in the transition period in the hospital until the patient returns to his home, where the implementation must be made from the beginning the patient comes to the health service. However, discharge planning was done before the patient returns, or before the patient left the service unit in the hospital. In the ICU room with critical patient conditions, nurses prioritize paying attention to the critical condition of the patient, thus forgetting the implementation of this discharge planning. For this reason, this paper aimed to analyze the implementation of discharge planning in the ICU of Jakarta X Hospital, literature study to identify the root of the problem, so that recommendations*

can be proposed to resolve the problem. The analysis was done by using a fishbone diagram. An assessment conducted through the observation form, interview, and secondary data collection from Jakarta X Hospital. Based on the analysis results, we found that the problem is about lack of the nurses discharge planning knowledge and inadequate systems that support the implementation of discharge planning such as format, SPO, and guidelines. For this reason, we can suggest the hospital to redesign the format of discharge planning, to improve the SOP, to make guidelines, and to implement discharge planning training for better improvement.

**Keywords:** Discharge planning, Fishbone diagram, ICU, Nursing,

## PENDAHULUAN

Kepulangan pasien dari rumah sakit ke rumah bukanlah proses yang mudah dan berpotensi menimbulkan beberapa masalah. Peran perawat diperlukan untuk mempersiapkan pasien pulang ke rumah melalui proses yang disebut *discharge planning*. *Discharge planning* adalah pendekatan interdisipliner untuk kesinambungan perawatan dan proses yang mencakup identifikasi, penilaian, penetapan tujuan, perencanaan, implementasi, koordinasi, dan evaluasi dan merupakan hubungan yang berkualitas antara rumah sakit, pelayanan kesehatan masyarakat, organisasi non pemerintahan, dan agen pelayanan kesehatan lainnya. (Lin, Cheng, Shih, Chu, & Tjung, 2012). Definisi lainnya *discharge planning* adalah suatu proses kompleks yang bertujuan untuk menyiapkan pasien dalam masa transisi di rumah sakit sampai pasien tersebut kembali ke rumahnya (Nordmark, Zingmark, & Lindberg, 2016). *Discharge planning* harus dibuat sejak awal pasien datang ke pelayanan kesehatan.

*Discharge planning* yang efektif mendukung keberlangsungan perawatan kesehatan, hal ini digambarkan sebagai “hubungan kritis antara proses perawatan yang diterima di rumah sakit oleh pasien, dan perawatan pasca-pemulangan yang disediakan di masyarakat.” Banyak penelitian menunjukkan bahwa *discharge planning* dapat meningkatkan kepuasan pasien, berkurangnya lama rawat inap di rumah sakit dan mengurangi readmisi (kejadian seorang pasien dirawat kembali yang sebelumnya telah mendapatkan layanan rawat inap di rumah sakit) ke rumah sakit, tetapi tidak ada bukti bahwa *discharge planning* mengurangi

biaya perawatan kesehatan (Lin et al., 2012). Terdapat hubungan yang bermakna antara *discharge planning* terhadap penurunan readmisi pasien dalam 1 sampai 12 bulan indeks pemulangan pasien di pelayanan kesehatan (Fox et al., 2013). Hasil penelitian lain yang telah dilakukan menyatakan bahwa *discharge planning* secara signifikan mengurangi kunjungan ulang atau rawat ulang pasien di rumah sakit (Shepperd, Parkes, McClaran, & Phillips, 2010).

Keberhasilan pelaksanaan *discharge planning* dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: keterlibatan pasien, keluarga dan partisipasi tenaga kesehatan lain, komunikasi antara perawat dan pasien, waktu yang dimiliki perawat untuk melaksanakan *discharge planning*, perjanjian dan konsensus serta personil pelaksana *discharge planning* (Poglitsch, L.A., Emery, M., & Darragh, 2011). Reshidi menyatakan masalah komunikasi antara perawat dan pasien merupakan faktor utama yang mempengaruhi keberhasilan *discharge planning* (Nahar Al Reshidi, Tony Long, 2016). Penelitian Rofi'i menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara faktor komunikasi dengan pelaksanaan *discharge planning* (Rofi'i, 2011). Penelitian yang lain dilakukan oleh Tahalele (Hamel, 2016) menjelaskan bahwa faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan *discharge planning* yaitu sikap perawat dan komunikasi perawat.

Pelaksanaan *discharge planning* sangat penting bagi keberlangsungan perawatan kesehatan pasien, seharusnya menjadi suatu implementasi yang harus dilaksanakan oleh perawat dengan baik. Namun dalam pelaksanaannya di rumah sakit, beberapa penelitian membuktikan bahwa pelaksanaan *discharge planning* belum terlaksa-

na dengan optimal. Penelitian menyebutkan bahwa 23 % perawat Australia dan 34 % perawat di Inggris bagian barat daya tidak melakukan *discharge planning* (Graham, Gallagher, & Bothe, 2013; Morris, 2012). Di Indonesia, telah dilaporkan sebanyak 54% perawat di Bandung dan 61% perawat di Yogyakarta tidak melaksanakan *discharge planning* (Okatiranti, 2015; Zuhra, 2016). Penelitian Betty menyebutkan 38% responden menilai pelaksanaan *discharge planning* di Bukittinggi masih kurang baik (Betty, 2016).

RS X di Jakarta telah melakukan *discharge planning* pada pasien. Dari survey yang dilakukan penulis, pemberian *discharge planning* kepada keluarga di Ruang ICU RS X Jakarta masih belum optimal diberikan. Pemberian *discharge planning* pada umumnya hanya dilakukan pada saat pasien pulang saja, itu pun hanya berupa petunjuk perawatan di rumah dan kapan waktu kontrol serta jika ada pertanyaan dari pasien dan keluarga saja. Dari hasil observasi, pengisian *discharge planning* banyak yang dikosongkan karena persepsi perawat bahwa *discharge planning* hanya perlu dilakukan di ruang rawat inap, namun tidak di ruang ICU.

## METODE

Metode yang digunakan adalah metode analisis dengan menggunakan pendekatan metoda analisis Fishbone dalam penerapan pelaksanaan *discharge planning* di ruang ICU RS X di Jakarta. Data yang terkumpul berupa data primer dan sekunder yang diidentifikasi selama tiga minggu di Ruang ICU RS X Jakarta. Data-data primer diperoleh dengan wawancara mendalam dan observasi, sedangkan data sekunder diperoleh dari hasil telaah dokumen yang telah dibuat di ruangan. Proses ini sudah mendapatkan izin tertulis dari rumah sakit dengan nomor surat : 985/-1-776.4. Data yang ditemukan di analisis menggunakan fishbone untuk menemukan akar masalah, dan dilanjutkan dengan melakukan tinjauan literatur dan analisa sehingga menghasilkan rekomendasi yang bisa dilakukan di RS X Jakarta untuk peningkatan mutu pelaksanaan *discharge planning* di rumah sakit. Diagram Fishbone (juga disebut diagram

Ishikawa) adalah alat untuk mengidentifikasi akar penyebab masalah. Ditemukan oleh Kaoru Ishikawa, seorang ahli statistik kontrol kualitas Jepang, orang yang memelopori penggunaan grafik ini di tahun 1960-an . Diagram Fishbone adalah alat analisis yang menyediakan cara sistematis melihat efek dan penyebab yang membuat atau berkontribusi terhadap efek tersebut.

## HASIL

Pada pelaksanaan *discharge planning* di ruang ICU, penulis mengumpulkan data dengan menggunakan wawancara dan observasi untuk mendapatkan data primer dan sekunder tentang pelaksanaan *discharge planning*.

Hasil pengumpulan data didapatkan sebagai berikut :

### 1. Wawancara

Hasil wawancara dengan kepala ruangan ICU menyatakan bahwa di ruang ICU telah dilakukan edukasi kesehatan kepada keluarga pada saat pasien masuk, yaitu tata cara cuci tangan dan tata tertib di ruang ICU. Edukasi lain yang diberikan kepada pasien dan keluarga adalah apabila pasien sudah dinyatakan akan dilepas pemasangan ventilator dan akan dipasang trakeostomi, maka perawat melakukan edukasi tentang perawatan *trakeostomi*, dan saat pasien keluar dari ICU dilakukan edukasi persiapan perawatan pasien saat nantinya di rawat di ruang rawat. Edukasi tentang penyakit dilakukan juga oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), edukasi tentang obat dilakukan oleh tenaga farmasi. Menurut kepala ruangan *discharge planning* agak sulit dilakukan di ruang ICU karena jarang pasien langsung pulang ke rumah, jadi tugas perawat ICU adalah mengisi data dasar pasien yang kemudian akan dilengkapi oleh perawat rawat inap, apabila pasien kemudian di rawat inap.

Untuk kondisi sumber daya keperawatan di ruang ICU, jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan sebanyak 38 orang. Sementara itu, tenaga yang ada hanya 36 orang, sehingga jumlah tenaga masih belum memadai di ruang ICU.

Perawat yang bertugas di RS X Jakarta memiliki latar belakang pendidikan D3 keperawatan sebanyak 24 orang dan S1 keperawatan Ners sebanyak 12 orang. Dengan 20 orang sudah mendapatkan pelatihan ICU selama tiga bulan, sedangkan sisanya baru akan dijadwalkan mulai tahun depan. Untuk pelatihan tentang *discharge planning* sendiri belum pernah dilakukan.

## 2. Observasi

Hasil observasi di ruangan ICU perawat memberikan informasi tentang kesehatan pasien kepada keluarga secara insidental. Promosi dan pendidikan kesehatan sebagai bagian dari *discharge planning* diberikan hanya pada saat keluarga pasien bertanya, dan hanya didokumentasikan di form edukasi terintegrasi, checklist panduan *discharge planning* juga tidak ditemukan. Leaflet tentang *discharge planning* belum lengkap. Hasil observasi pengisian pada 6 (enam) format *discharge planning* yang terdiri dari resume keperawatan yang berisi hal-hal yang perlu diperhatikan pasien setelah pulang, format tidak diisi lengkap dan tidak ada tanda tangan perawat serta pasien atau keluarga. Berdasarkan hasil telaah dokumen yang telah dilakukan terhadap Panduan, Standar Operasional Prosedur (SOP) dan format khusus pelaksanaan *discharge planning* didapatkan hasil sebagai berikut :

- a. Format discharge planning masih terdapat beberapa kesenjangan, ditinjau berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Potter and Perry, yaitu belum adanya diagnosa dan perencanaan discharge planning.
- b. SOP *discharge planning* untuk pedoman pelaksanaan di rumah sakit sudah dibuat, dengan nomor 13/08-1/09, namun masih merujuk ke format *discharge planning* yang lama. Dari hasil observasi, pelaksanaan di ruangan masih belum sesuai dengan SOP. Antara lain dalam SOP dinyatakan bahwa awal dirawat. Namun karena kondisi pasien ICU yang kritis, perawat lebih mengutamakan memperhatikan kondisi pasien saat itu dan belum mengisi format *discharge planning*.

- c. Panduan merupakan petunjuk yang memberi arah bagaimana suatu kegiatan harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan atau melaksanakan kegiatan (KARS,2012). Panduan discharge planning belum dibuat oleh rumah sakit.

Dari data yang sudah dikumpulkan didapatkan bahwa masalah yang terjadi adalah belum optimalnya pelaksanaan *discharge planning* di Ruang ICU RS X Jakarta. Untuk menemukan akar masalah maka dilakukan analisa data dengan menggunakan diagram fishbone.

Data yang sudah dikumpulkan dianalisis pendekatan diagram fishbone meliputi *man, method, machine, material, money, dan environment* untuk mendapatkan akar masalah sebagaimana disajikan dalam gambar 1.

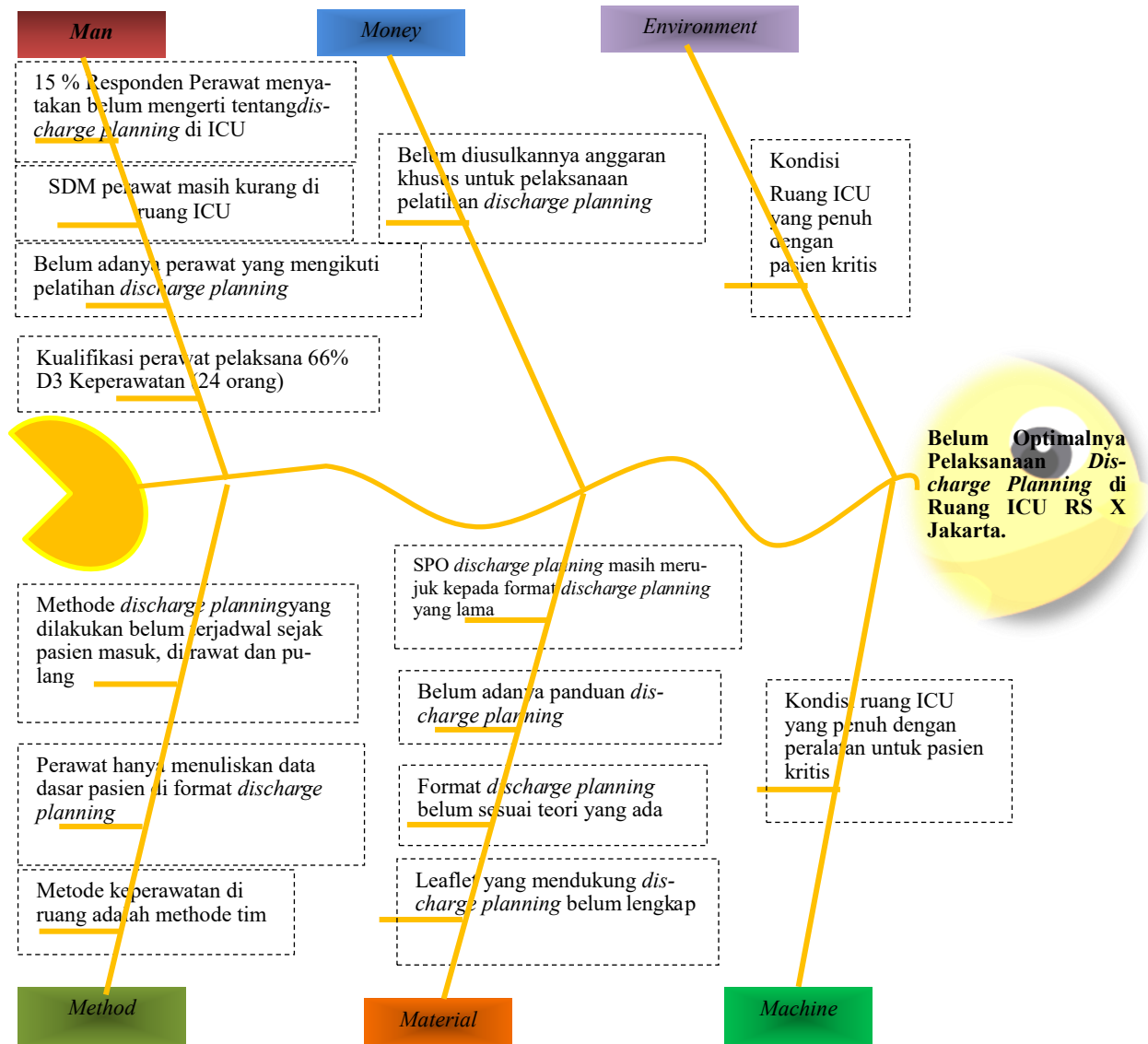
Dari gambar 1 teridentifikasi beberapa penyebab masalah, namun hal tersebut belum dijelaskan secara detail. Untuk itu penjelasan detail tentang faktor faktor dari tiap penyebab masalah akan dijelaskan berikut ini :

### 1. *Environment*

- a. Sumber Daya Keperawatan (SDK) di ruang ICU masih kurang.  
Berdasarkan perhitungan dari Kementerian Kesehatan tentang SDK di ruang ICU dengan 15 tempat tidur adalah 38 orang, sedangkan perawat yang ada hanya 36 orang. Oleh karena itu, beban kerja perawat menjadi meningkat karena jumlahnya yang kurang.
- b. Kondisi Pasien ICU yang kritis  
Kondisi pasien yang berada dalam masa kritis, dengan perubahan cepat dalam kondisi pasien, dan pemulihan yang tidak pasti membuat perawat lebih berfokus untuk mengatasi masalah pasien saat itu. Sehingga pelaksanaan *discharge planning* menjadi ditangguhkan.

### 2. *Money*

Belum adanya anggaran khusus untuk pelaksanaan pelatihan discharge planning. Berdasarkan wawancara dengan kepala ruangan, belum ada anggaran untuk pelatihan *discharge planning*.



Gambar 1. Diagram Fishbone

Anggaran pelatihan lebih diutamakan untuk pelatihan ICU, karena masih 44% lagi yang belum mengikuti pelatihan ICU.

3. **Man**

- a. Perawat menyatakan sulit untuk melaksanakan *discharge planning* di ICU. Perawat menyatakan bahwa *discharge planning* sulit dilakukan ICU, karena kebanyakan pasien ICU tidak akan langsung

pulang ke rumah. Rata rata 75% dari pasien akan ke ruang rawat inap, dan 25%-nya dalam kondisi meninggal dunia.

- b. Perawat hanya menuliskan data dasar pasien di format *discharge planning*. Oleh karena kondisi pasien seperti yang digambarkan pada uraian sebelumnya, perawat hanya menulis data dasar pasien di format *discharge planning*.

- c. Belum adanya perawat yang mengikuti pelatihan discharge planning. Pelatihan discharge planning belum pernah dilakukan di RS X. Karena keterbatasan dana untuk pelatihan dan ada pelatihan lain yang dianggap lebih urgen untuk perawat ICU.
- d. Kualifikasi perawat pelaksana 66% (24 orang) masih berpendidikan D3 Keperawatan di ruang ICU. Sementara Perawat Peningkatan Jawab Pasien (PPJA) yang diatur dalam SNARS 2017 seharusnya adalah perawat ners.

#### 4. Method

- a. Belum adanya discharge planning yang dilakukan secara terjadwal sejak pasien masuk, di rawat dan pulang. Perawat memberikan informasi tentang kesehatan pasien kepada keluarga secara insidental. Promosi dan pendidikan kesehatan sebagai bagian dari Discharge planning diberikan hanya pada saat keluarga pasien bertanya, dan hanya didokumentasikan di form edukasi terintegrasi.
- b. Pengisian format discharge planning tidak lengkap. Format discharge planning yang terdiri dari resume keperawatan yang berisi hal-hal yang perlu diperhatikan pasien setelah pulang, tidak diisi lengkap dan tidak ada tanda tangan perawat serta pasien atau keluarga. Perawat hanya mengisi data dasar pasien.
- c. Kepatuhan perawat terhadap SOP discharge planning belum optimal. Dari hasil observasi, pelaksanaan di ruangan masih belum sesuai dengan SOP. Antara lain dalam SOP dinyatakan bahwa perencanaan pulang merupakan asesmen awal yang harus dilengkapi dalam 24 jam setelah pasien awal dirawat. Namun karena kondisi pasien ICU yang kritis, perawat lebih mengutamakan memperhatikan kondisi pasien saat itu dan belum mengisi format perencanaan pulang.

#### 5. Material

- a. SOP discharge planning masih merujuk kepada format discharge planning yang lama sehingga SOP pun masih mengacu ke dalam bentuk yang lama.
- b. Belum adanya panduan discharge planning

Panduan merupakan petunjuk yang memberi arah bagaimana suatu kegiatan harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan atau melaksanakan kegiatan (KARS, 2012). Panduan discharge planning belum dibuat oleh rumah sakit. Oleh karena itu untuk pelaksanaan discharge planning diharapkan ada panduan dalam memberikan arah pelaksanaannya.

- c. Format discharge planning yang ada belum sesuai teori yang dikemukakan oleh Potter and Perry, karena masih terdapat beberapa kesenjangan, yaitu belum adanya diagnosa dan perencanaan discharge planning.
- d. Leaflet yang mendukung discharge planning belum lengkap. Leaflet sebagai media yang membantu pelaksanaan discharge planning belum tersedia lengkap di rumah sakit, terutama materi khusus bagi pasien ICU yang jumlahnya relatif masih sedikit.

#### 6. Machine

Belum maksimalnya sistem pendokumentasian keperawatan discharge planning. Sistem yang mendukung dokumentasi discharge planning belum maksimal seperti format discharge planning, SOP, panduan, leaflet dan jadwal pelaksanaan discharge planning juga belum ada.

Dari analisis fishbone, berdasarkan jumlah faktor yang menimbulkan masalah terbanyak adalah faktor *man* dan *material*. Maka dapat disimpulkan bahwa akar masalahnya terdapat pada pengetahuan perawat yang kurang tentang discharge planning disertai dengan kurang optimalnya sistem pendukung pelaksanaan discharge planning seperti format, SOP dan panduan.

#### PEMBAHASAN

Sebagian besar pasien dipindahkan dari ICU ke unit-unit non akut (unit rawat umum) lainnya sebelum pulang ke rumah sakit. Untuk menilai kebutuhan pasien di unit rawat inap dan memberikan arahan untuk kelangsungan perawatan merupakan aspek integral dari perawatan untuk

pasien ICU (perawatan intensif). Beberapa literatur pada umumnya setuju mengenai hal ini. Persepsi tentang *discharge planning* di ruang ICU telah dibahas dalam literatur yang ada sebagai pemulangan dari ICU ke unit rumah sakit yang non akut (unit *stepdown* atau unit perawatan umum), sehingga terkadang *discharge planning* di ruang ICU secara tradisional ditanggihkan karena untuk pasien di ICU, perawat lebih berfokus mengantisipasi kebutuhan akut pasca masa kritis pasien yang tinggi, perubahan cepat dalam kondisi pasien, dan pemulihan yang tidak pasti (Holland, Rhudy, Vanderboom, dan Bowles, 2013). Selain itu, perawat mempunyai waktu yang terbatas untuk melakukan *discharge planning* di rumah sakit dan kurangnya pengetahuan dan keterampilan tentang proses *discharge planning*.

Perawat ICU didorong untuk memulai proses *discharge planning* pada saat pasien masuk ke rumah sakit terlepas apakah pasien memulai rawat inap di ICU atau tidak. Penilaian awal di ICU dimulai dari penilaian terhadap potensi defisit diri yang menetap, dengan rekomendasi untuk memaksimalkan fungsi pasien setelah melewati masa kritisnya. Penyesuaian *discharge planning* berdasarkan perubahan kondisi pasien masih terus dilakukan, tetapi menunda inisiasi proses *discharge planning* akan semakin mengurangi waktu yang tersedia untuk mengembangkan, dan menerapkan *discharge planning* pada pasien ICU (Holland, Rhudy, Vanderboom, dan Bowles, 2013).

Sebuah studi percontohan ini memberikan bukti awal untuk kelayakan menggunakan informasi yang didokumentasikan dalam 24 jam sejak pasien masuk ICU untuk memulai proses *discharge planning*, meskipun perlu studi lanjutan untuk pasien kritis dengan kebutuhan yang lebih kompleks (Holland, Rhudy, Vanderboom, dan Bowles, 2013).

Temuan dari penelitian ini menunjukkan kemungkinan bahwa staf *ICU Registered Nurse* dapat berkontribusi pada identifikasi kebutuhan perawatan pasca masa kritis pasien. Kolaborasi awal dengan tenaga khusus seperti Perawat *Discharge Planer* atau *Social Worker* dapat menghasilkan proses yang lebih baik dan

penurunan risiko biaya, dan pengurangan kondisi pasien yang lebih buruk. Elemen data pasien tersedia di awal ICU tetap diidentifikasi karena penting dalam memprediksi defisit perawatan diri di rumah sakit. *Discharge planning* dapat berfungsi sebagai titik awal yang relevan dalam mengembangkan keputusan DPJP dalam berpartisipasi dalam perencanaan perawatan selanjutnya.

Untuk meningkatkan pengetahuan perawat tentang *discharge planning*, perlu dilakukan pelatihan/sosialisasi. Hasil sebuah penelitian di Jepang (Suzuki et al., 2012) menyebutkan dari sejumlah responden yang diteliti, dimana kelompok intervensi dilakukan pelatihan tentang *discharge planning*, sedangkan kelompok kontrol tidak. Data yang diperoleh dari 87 perawat kelompok intervensi (tingkat respon: 85,3%) dan 104 perawat kelompok kontrol (tingkat respon: 67,5%) didapatkan hasil bahwa dalam kelompok intervensi, pengetahuan yang didapat meningkatkan intervensi *discharge planning* dan kunjungan rumah, juga pemahaman terhadap hukum-hukum di Jepang yang relevan terkait dengan *discharge planning*. Selain itu, kelompok intervensi menunjukkan peningkatan sikap terhadap perencanaan pemulangan. Demikian juga, pengakuan rekan kerja mereka, bahwa kebutuhan perencanaan pulang dan dukungan mereka untuk perencanaan pulang secara signifikan meningkat dalam unit-unit kelompok intervensi dibandingkan dengan unit kelompok kontrol. Program pelatihan ini berhasil memperkuat pengetahuan tentang berbagai sistem yang terkait dengan *discharge planning*, meningkatkan sikap perawat terhadap *discharge planning*, dan berdampak pada iklim seluruh unit. Oleh karena itu pelatihan tentang *discharge planning* dianggap penting untuk dilakukan oleh bidang keperawatan terhadap staf keperawatan dengan harapan dapat meningkatkan pelaksanaan *discharge planning* di rumah sakit.

Format *discharge planning* yang dibuat harus disusun secara terstruktur dan terintegrasi karena format yang terstruktur dan terintegrasi akan mendukung bentuk kontinuitas pelayanan kesehatan (KARS 2017). Berdasarkan hasil penelitian, pengembangan model *discharge plan-*

ning terintegrasi dapat dijadikan acuan oleh perawat dalam penerapannya, selain itu akan meningkatkan kemampuan perawat dalam melaksanakan *discharge planning* dan tidak ada lagi perbedaan persepsi perawat dalam pengaplikasiannya di ruangan (Ratna, 2017), sehingga pelaksanaan *discharge planning* menjadi lebih baik di rumah sakit.

Format *Discharge planning* sebaiknya terdiri dari (1) penilaian pasien, (2) pengembangan rencana yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien, (3) penyediaan layanan, termasuk pendidikan keluarga dan layanan rujukan, dan (4) tindak lanjut atau evaluasi berkelanjutan (Yam et al., 2012). Sedangkan menurut Potter dan Perry (2013) format *discharge planning* terdiri dari:

1. Pengkajian.

Pada awal pasien menerima pelayanan kesehatan, lakukan pengkajian mengenai kebutuhan keputungan pasien. Kaji mengenai pendidikan kesehatan pasien dan keluarganya, faktor lingkungan, serta kaji permasalahan kesehatan pasien tersebut. Penting untuk berkolaborasi dengan PPA yang lain.

2. Diagnosa keperawatan.

Tetapkan diagnosa keperawatan yang tepat, kembangkan kebutuhan pasien dan keluarganya berdasarkan pengkajian yang sebelumnya telah dilakukan.

3. Perencanaan.

Buat perencanaan dengan tujuan untuk memandirikan pasien pasca perawatan di rumah sakit. Libatkan keluarga dalam perencanaan ini.

4. Implementasi.

Implementasi dibagi menjadi dua, yaitu pelaksanaan sebelum pemulangan dan pada hari pemulangan. Pada pelaksanaan sebelum hari pemulangan, perawat akan memberikan edukasi mengenai pelayanan kesehatan kepada pasien dan keluarganya. Pada pelaksanaan pada hari keputungan, perawat memberikan bantuan kepada pasien dan keluarganya untuk mempersiapkan pemulangan. yaitu biarkan pasien dan keluarga bertanya mengenai perawatan di rumah, pemeriksaan instruksi dokter, terapi, serta

memenuhi kebutuhan akan alat-alat medis, obat dan transportasi bagi pasien dan keluarga.

5. Evaluasi

Pasien dan keluarga dapat mendemonstrasikan setiap pengobatan yang akan dilanjutkan di rumah dengan memperhatikan lingkungan atau hal-hal yang dapat membahayakan pasien. Dokumentasikan keputungan pasien sebagai informasi lanjutan mengenai status masalah yang dimiliki klien.

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis terhadap pelaksanaan *discharge planning* di ruang ICU RS X di Jakarta didapatkan bahwa pelaksanaan yang tidak optimal disebabkan oleh pengetahuan perawat yang kurang tentang *discharge planning* disertai dengan perangkat yang digunakan untuk pelaksanaan *discharge planning* belum sesuai, baik secara kualitas maupun kuantitas. Maka perlu dilakukan penambahan pengetahuan perawat tentang *discharge planning* dan perlu dilakukan perbaikan dan penambahan terhadap perangkat yang digunakan untuk pelaksanaan *discharge planning*.

## REKOMENDASI

Untuk menyelesaikan permasalahan tersebut dan meningkatkan mutu pelaksanaan *discharge planning* diperlukan rencana tindak lanjut. Oleh sebab itu, penulis memberikan rekomendasi sebagai berikut:

1. Redesign format *discharge planning*

Format *discharge planning* perlu dilakukan perubahan terhadap format yang sudah ada saat ini dengan mengacu pada standar akreditasi dan tinjauan literatur yang ada. Format ini hendaknya dilakukan uji coba agar dapat dievaluasi kendala yang terjadi unit pelayanan dalam pelaksanaannya.

2. Revisi SOP

SOP perlu direvisi karena format *discharge planning* yang ada sudah banyak pembaharuan. Setelah selesai di revisi hendaknya pelaksanaan SOP dilakukan supervisi untuk melihat kepatuhan pelaksana dalam melaksanakannya.



### 3. Pembuatan panduan

Panduan *discharge planning* akan memberikan petunjuk apa yang harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk melaksanakan *discharge planning*.

### 4. Pelaksanaan pelatihan *discharge*

Perlu dilakukan pelatihan *discharge planning* kepada seluruh perawat di rumah sakit, untuk meningkatkan pengetahuan perawat dalam melaksanakan *discharge planning*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Betty. (2016). Hubungan Discharge Planning Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Poli Neurologi RSAM Bukittinggi Tahun 2016. *Jurnal Kesehatan*, 8(1), 80–85.
- Fox, M. T., Persaud, M., Maimets, I., Brooks, D., O'brien, K., & Tregunno, D. (2013). Effectiveness Of Early Discharge Planning In Acutely Ill Or Injured Hospitalized Older Adults: A Systematic Review And Meta-Analysis. *BMC Geriatrics*, 13(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-70>
- Graham, J., Gallagher, R., & Bothe, J. (2013). Nurses' Discharge Planning And Risk Assessment: Behaviours, Understanding And Barriers. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(15–16), 2338–2346. <https://doi.org/10.1111/Jocn.12179>
- Hamel, Elfince T. M. R. S. (2016). Hubungan Antara Faktor Personil Perencanaan Pulang Dengan Kelengkapan Resume Medis Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Maba Kabupaten Halmahera Timur, 4.
- Holland, Diane.Rhudy, Lori. Vanderboom, Catherine E. Bowles, K. H. (2013). The Feasibility Of Discharge Planning In The Intensive Care Unit: A Pilot Study. *NIH Public Access*, 21(4), 10–14. <https://doi.org/10.4037/Ajcc2012173>.The
- KARS. (2017). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit* (1st Ed.). Jakarta: Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
- 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>
- Morris, J. (2012). Registered Nurses' Perceptions Of The Discharge Planning Process For Adult Patients In An Acute Hospital. *Journal Of Nursing Education And Practice*, 2(1), 28–38. <https://doi.org/10.5430/Jnep.V2n1p28>
- Nahar Al Reshidi, Tony Long, J. C. (2016). Factors Influencing Discharge Planning In Neonatal Intensive Care Units In Saudi Arabia: A Systematic Review. *Gulf Medical Journal*, 5, 27–35.
- Nordmark, S., Zingmark, K., & Lindberg, I. (2016). Process Evaluation Of Discharge Planning Implementation In Healthcare Using Normalization Process Theory. *BMC Medical Informatics And Decision Making*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12911-016-0285-4>
- Okatiranti. (2015). Gambaran Pengetahuan dan Sikap Perawat Dalam Pelaksanaan Discharge Planning Pada Pasien Diabetes Mellitus Type II, III(1), 18–24.
- Poglitsch, L.A., Emery, M., & Darragh, A. (2011). A Qualitative Study Of The Determinants Of Successful Discharge For Older Adult Patients. *Journal Of American Physical Therapy Association*.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A. & Hall, A. M. (2013). *Fundamentals of Nursing*. 8th ed. Missouri: Elsevier Mosby.
- Ratna, A. (2017). Optimalisasi Pelaksanaan Discharge Planning Melalui Pengembangan Model Discharge Planning Terintegrasi Pelayanan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah* 2 (1) 2017, 2(1).
- Rofi'i, M. (2011). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perencanaan Pulang Pada Perawat Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- Shepperd, S., Parkes, J., Mcclaran, J. J., & Phillips, C. (2010). Discharge Planning From

- Hospital To Home. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.Cd000313.Pub2>
- Suzuki, S., Nagata, S., Zerwekh, J., Yamaguchi, T., Tomura, H., Takemura, Y., & Murashima, S. (2012). Effects Of A Multi-Method Discharge Planning Educational Program For Medical Staff Nurses. *Japan Journal Of Nursing Science*, 9(2), 201–215. <https://doi.org/10.1111/J.1742-7924.2011.00203.X>
- Yam, C. H. K., Wong, E. L. Y., Cheung, A. W. L., Chan, F. W. K., Wong, F. Y. Y., & Yeoh, E. K. (2012). Framework And Components For Effective Discharge Planning System: A Delphi Methodology. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-396>
- Zuhra, P. (2016). Gambaran Pelaksanaan Discharge Planning Pasien Pascaoperasi Apendiktomi Di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta.