

**PENERAPAN *DISCHARGE PLANNING* DALAM APLIKASI  
ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANG ASPARAGA  
RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG**

**KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)**



**OLEH:**

**WAHYU ADI PRASETYO  
NIM: 22101114**

**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI  
JEMBER  
2023**

**PENERAPAN *DISCHARGE PLANNING* DALAM APLIKASI  
ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANG ASPARAGA  
RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG**

**KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)**

Untuk memenuhi persyaratan  
memperoleh gelar ners



**OLEH:**

**WAHYU ADI PRASETYO  
NIM: 22101114**

**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI  
JEMBER  
2023**

## PERNYATAAN ORISINILITAS KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Wahyu Adi Praseto, S. Kep.

NIM : 22101114

Program Studi : Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Karya Ilmiah Akhir (KIA) yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau hasil tulisan orang lain.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan laporan Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini adalah karya orang lain atau ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini. Maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jember, 4 Desember 2023

Yang Menyatakan



(Wahyu Adi Prasetyo, S. Kep)

## LEMBAR PERSETUJUAN

Judul : Penerapan *Discharge Planning* Dalam Aplikasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto  
Nama Lengkap : Wahyu Adi Prasetyo, S. Kep  
NIM : 22101114  
Jurusan : Profesi Ners  
Fakultas : Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi Jember  
Dosen :  
Pembimbing  
Nama Lengkap : Prestasianita Putri, S. Kep., Ns., M. Kep.  
NIDN : 0701088903

Menyetujui,

Ketua Program Studi Profesi Ners,

Dosen Pembimbing,



Ns. Emi Elya Astutik, S. Kep., MM., M. Kep.



Prestasianita Putri, S. Kep., Ns., M. Kep.

**LEMBAR PENGESAHAN**

**PENERAPAN *DISCHARGE PLANNING* DALAM APLIKASI ASUHAN  
KEPERAWATAN DI RUANG ASPARAGA RSUD dr. HARYOTO**

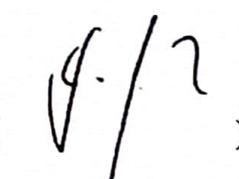
**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**Disusun Oleh:**

**WAHYU ADI PRASETYO, S. Kep  
NIM. 22101114**

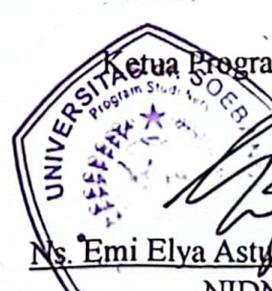
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dalam ujian ilmiah akhir ners pada tanggal 16 Januari 2024 dan telah diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk meraih gelar Ners pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi Jember

**DEWAN PENGUJI**

Penguji 1: Nora Indrawati, S.Kep.,Ns (  )  
NIP. 197503141998032007

Penguji 2: Mahmud AdyYuwanto, S.Kep.,Ns.,M.M.,M.Kep (  )  
NIDN. 0708108502

Penguji 3: Prestasianita Putri, S.Kep.,Ns.,M.Kep (  )  
NIDN. 0701088903

 Ketua Program Studi Profesi Ners,  
Ns. Emi Elya Astutik, S. Kep., MM., M. Kep  
NIDN. 720028703

## KATA PENGANTAR

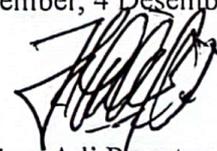
Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini dapat terselesaikan. Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Program profesi Ners Keperawatan Universitas dr. Soebandi Jember dengan judul “Penerapan *Discharge Planning* Dalam Aplikasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto”.

Selama proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini penulis dibimbing dan dibantu oleh berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

- 1) Andi Eka Pranata, S.ST., S. Kep., Ns., M. Kes selaku Rektor Universitas dr. Soebandi Jember
- 2) apt. Lindawati Setyaningrum, M.Farm Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi Jember
- 3) Ns. Emi Elya Astutik, S. Kep., MM., M. Kep Ketua Program Profesi Ners Universitas dr. Soebandi
- 4) Prestasianita Putri, S. Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing
- 5) Koordinator dan tim pengelola Karya Ilmiah Akhir (KIA) program profesi Ners Keperawatan Universitas dr. Soebandi Jember.

Semoga amal kebbaikannya diterima oleh Allah SWT. Dalam penyusunan tugas akhir ini penulis menyadari masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan di masa mendatang.

Jember, 4 Desember 2023



Wahyu Adi Prasetyo, S. Kep

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR  
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas dr. Soebandi Jember, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Wahyu Adi Prasetyo, S. Kep  
NIM : 22101114  
Program Studi : Profesi Ners  
Departemen : Keperawatan Manajemen  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas dr. Soebandi Jember Hak Bebas *Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free-Right)* atas karya ilmiah akhir saya yang berjudul:

“Penerapan *Discharge Planning* Dalam Aplikasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas *Royalti Noneksklusif* ini Universitas dr. Soebandi Jember berhak menyimpan, mengalih media/formatkan. Mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Jember, 4 Desember 2023

Yang Menyatakan,



(Wahyu Adi Prasetyo, S. Kep)

## ABSTRAK

### PENERAPAN *DISCHARGE PLANNING* DALAM APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANG ASPARAGA RSUD dr. HARYOTO

Wahyu Adi Prasetyo, S. Kep

*Discharge planning* merupakan suatu bentuk perilaku perawat dalam pelayanan keperawatan. Sering dijumpai pelaksanaan *Discharge planning* hanya diberikan pada saat pasien akan pulang dari rumah sakit. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan di ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto. Metode penelitian ini : *quasi eksperimen* dengan pendekatan *one group pretest-posttest*, populasi seluruh pasien di ruang Asparaga RSD dr. Haryoto berjumlah 20 orang, sampel berjumlah 20 orang dengan teknik pengambilan sampling menggunakan total *sampling*. Instrumen penelitian ini : lembar kuesioner. Analisis penelitian ini menggunakan uji *paired t-test* dengan tingkat kepercayaan 95% ( $\alpha < 0,05$ ). Hasil penelitian menunjukkan terjadinya peningkatan pengetahuan responden dari pengetahuan kurang 85% menjadi pengetahuan baik 55%. Kesimpulan dari hasil penelitian adalah ada pengaruh penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan di ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto. Pengembangan model *Discharge planning* dapat dilakukan penelitian lanjutan tentang *Discharge planning* berkelanjutan pada rujukan pelayanan kesehatan yang lain maupun home care.

**Kata kunci:** *Discharge planning*, asuhan keperawatan

\* Peneliti

\*\*Pembimbing

## **ABSTRACT**

### **IMPLEMENTATION OF DISCHARGE PLANNING IN NURSING CARE APPLICATIONS IN THE ASPARAGA ROOM RSUD dr. HARYOTO**

Wahyu Adi Prasetyo, S. Kep

*Discharge planning is a form of nurse behavior in nursing services. It is often found that discharge planning is only given when the patient is going home from the hospital. The aim of this research is to determine the application of Discharge planning in the application of nursing care in the Asparaga room at RSUD dr. Haryoto. This research method: quasi-experimental with a one group pretest-posttest approach, the entire patient population in the Asparaga room at RSD dr. There were 20 Haryoto people, the sample was 20 people with a sampling technique using total sampling. Instrument for this research: questionnaire sheet. This research analysis uses a paired t-test with a confidence level of 95% ( $\alpha < 0.05$ ). The results of the research showed an increase in respondents' knowledge from poor knowledge of 85% to good knowledge of 55%. The conclusion from the research results is that there is an influence of the application of Discharge planning in the application of nursing care in the Asparaga room at RSUD dr. Haryoto. The development of the Discharge planning model can carry out further research on sustainable Discharge planning for other health service referrals and home care.*

**Keyword:** *Discharge planning, nursing care*

\*Author

\*\*Advisor

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>PERNYATAAN ORISINILITAS KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	i
<b>DAFTAR ISI</b> .....	iii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	v
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	vi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1. Manfaat Teoritis.....	4
1.4.2. Manfaat Praktis .....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	5
<b>2.1 Konsep <i>Discharge Planning</i></b> .....	5
2.1.1 Pengertian <i>Discharge Planning</i> .....	5
2.1.2 Pengertian Layanan <i>Discharge Planning</i> .....	5
2.1.3 Penerima Layanan <i>Discharge Planning</i> .....	6
2.1.4 Tujuan <i>Discharge Planning</i> .....	6
2.1.5 Manfaat <i>Discharge Planning</i> .....	7
2.1.6 Prinsip- prinsip <i>Discharge Planning</i> .....	8
2.1.7 Keberhasilan <i>Discharge Planning</i> .....	8
2.1.8 Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i> .....	9

2.1.9 Faktor- faktor yang menghambat <i>Discharge Planning</i> .....	12
2.1.10 Proses pelaksanaan <i>Discharge Planning</i> .....	12
2.1.11 Hal- hal yang Harus diketahui Klien Sebelum Pulang.....	15
2.1.12 Unsur- unsur <i>Discharge Planning</i> .....	15
2.1.13 Jenis- jenis Pemulangan Pasien.....	16
2.1.14 Faktor- faktor yang Mempengaruhi <i>Discharge Planning</i> .....	16
<b>2.2 Konsep Standar Asuhan Keperawatan .....</b>	<b>18</b>
2.3    Diagnosis Keperawatan Indonesia .....	2
2.4    Intervensi Keperawatan Indonesia .....	24
2.5    Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) .....	27
2.6.    Penatalaksanaan Berdasarkan <i>Evidence Based</i> .....	29
2.7.    Data Fokus Berdasarkan Hasil Pengamatan dan Wawancara .....	31
2.8.    Kerangka Teori .....	31
2.9.    Keaslian Penelitian .....	32
<b>BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>34</b>
3.1.    Rancangan Penelitian .....	34
3.2.    Lokasi dan Waktu Penelitian .....	34
3.3.    Pengumpulan Data .....	35
3.4    Karakteristik Responden.....	35
3.5    Pengkajian Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i> .....	36
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>36</b>
4.1.    Analisis Karakteristik Ruang Asparaga.....	37
4.2.    Analisis Masalah .....	37
4.3.    Analisis Intervensi.....	39
4.4.    Analisis Implementasi .....	41
4.5.    Analisis Evaluasi dan Hasil Intervensi.....	41
<b>BAB 5 KESIMPULAN .....</b>	<b>45</b>
5.1.    Kesimpulan.....	45
5.2.    Saran.....	45
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>46</b>

LAMPIRAN.....	47
---------------	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Contoh Descriptor dan Faktor Diagnostik pada Diagnosis Keperawatan.....	23
Tabel 2.2 Descriptor dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) .	23
Tabel 2.3 Keaslian Penelitian.....	32
Tabel 3.1 Latar Belakang Pendidikan, Jenis Pelatihan yang Diikuti Tenaga Kerja di Ruang Asparaga .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tabel 4.1 Hasil tingkat pengetahuan sebelum diberikan sosialisasi <i>Discharge planning</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tabel 4.2 Hasil tingkat pengetahuan setelah diberikan sosialisasi <i>Discharge planning</i> .....	39
Tabel 4.3 Hasil Uji <i>T- Test Pair</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tabel 4.4 Hasil uji Paired T-Test Penerapan Discharge Planning Dalam Aplikasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto.....	39
Tabel 4. 5 <i>Rundown</i> Acara Sosialisasi Penerapan <i>Discharge Planning</i> dalam asuhan keperawatan.....	41

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Teori.....	311
---------------------------------	-----

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

*Discharge planning* adalah suatu proses dimulai pasien menerima pelayanan kesehatan yang diikuti dengan kesinambungan perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatan sampai pasien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya. Pelaksanaan *Discharge planning* sangat penting bagi keberlangsungan perawatan kesehatan, dan menjadi suatu implementasi yang harus dilaksanakan oleh perawat dengan baik.

Pelaksanaan *Discharge planning* di rumah sakit berdasarkan penelitian di luar negeri, penelitian yang dilakukan Graham (2019) bahwa sebanyak 23% perawat di Sydney, Australia belum melaksanakan *Discharge planning* dengan baik karena kurangnya kepatuhan perawat, dan penelitian yang dilakukan Morris et al, (2018) bahwa sebanyak 34% perawat di Indonesia tidak melakukan *Discharge planning* dengan optimal dikarenakan kurangnya komunikasi perawat, serta berdasarkan penelitian yang dilakukan Gholizadeh, (2019) di Jawa Timur menyatakan bahwa 60% perawat melaksanakan *Discharge planning* dengan kurang baik dikarenakan perawat hanya melakukan *Discharge planning* di akhir dan hanya melakukan tindakan yang penting- penting saja tanpa memperhatikan secara detail dari tindakan *Discharge planning*. Penelitian yang dilakukan Okatiranti (2019) di Kabupaten Lumajang menunjukkan 54% perawat tidak melaksanakan *Discharge planning* secara optimal dikarenakan perawat hanya melakukan tindakan yang penting-penting saja tanpa memperhatikan secara detail dari tindakan *Discharge planning*.

Menurut Perry (2019) pemberi proses *Discharge planning* harus dilakukan secara komprehensif dan melibatkan staf medis rumah sakit yang fungsinya sebagai konsultan. Perawat mempunyai posisi yang penting dalam proses perawatan pasien dan proses keperawatan dan sangat berpengaruh untuk memberikan pelayanan kontinuitas dengan *Discharge planning*. Menurut Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I bahwa rumah sakit menetapkan regulasi pelaksanaan *discharge planning* dari rumah sakit berdasarkan kondisi kesehatan pasien dan kebutuhan kesinambungan asuhan keperawatan dan tindakan. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) dan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya bertanggung jawab atas asuhan pasien menentukan kesiapan pasien keluar rumah sakit berdasarkan atas kebijakan, kriteria dan indikasi rujukan yang ditetapkan rumah sakit, kebutuhan kesinambungan asuhan berarti rujukan ke dokter spesialis, rehabilitasi fisik, atau kebutuhan upaya preventif dirumah yang dikoordinasikan oleh keluarga pasien. Pasien yang memerlukan perencanaan pemulangan pasien maka rumah sakit mulai merencanakan hal tersebut sedini-dininya yang sebaiknya untuk menjaga kesinambungan asuhan dilakukan secara terintegrasi melibatkan semua profesional pemberi asuhan (PPA) terkait/relevan serta difasilitasi oleh manajer pelayanan pasien (MPP) (KARS, 2019).

Menurut Perry (2020) menyatakan idealnya *Discharge planning* harus dilaksanakan oleh perawat secara terstruktur di mulai dari pengkajian saat pasien masuk kerumah sakit sampai pasien pulang dan menurut Carpenito (2018) bahwa kesiapan pasien menghadapi pemulangan merupakan faktor penentu dari keberhasilan perawatan ketika berada dirumah dan setelah dirawat di rumah sakit. Sebelum pemulangan pasien dan keluarga harus mengetahui bagaimana cara manajemen pemberian perawatan dirumah dan apa yang diharapkan di dalam memantau masalah fisik yang berkelanjutan, dan juga meningkatnya angka rawat ulang, dan pada akhirnya pasien menanggung pembiayaan

untuk biaya rawat inap dirumah sakit, hal ini di dukung dari penelitian yang dilakukan oleh Moore et al (2019) yang menunjukkan 49% pasien kembali ke klinik atau rumah sakit setelah dinyatakan pulang karena mempunyai masalah kesehatan, dan penelitian yang sama yang dilakukan oleh Fox et al, (2019) yang menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara discharge planning dengan penurunan angka rawat ulang pasien dalam satu sampai 12 bulan indeks pemulangan pasien di pelayanan kesehatan.

Pelaksanaan discharge planning yang tidak baik dapat dilihat dimana peran keperawatan terbatas pada kegiatan rutinitas yaitu hanya berupa informasi kontrol ulang, sedangkan pasien memerlukan keperawatan kesehatan dirumah, konseling kesehatan atau penyuluhan dan pelayanan komunitas tetapi tidak dibantu dalam upaya memperoleh pelayanan sebelum pemulangan sehingga pasien sering kembali keruang kedaruratan dengan masalah minor, dan sering kali diterima kembali dalam waktu 24 jam sampai 48 jam dan kemudian di pulangkan kembali, dan akibat kegagalan dalam memberikan dan mendokumentasikan discharge planning dapat beresiko terhadap beratnya penyakit, ancaman hidup, dan disfungsi fisik (Nursalam, 2019). Hal ini didukung oleh data dari *Family Caregiver Alliance* (2020) yang menunjukkan bahwa akibat pelaksanaan *Discharge planning* yang tidak baik, sebanyak 40% pasien mengalami lebih dari 65 kesalahan pengobatan setelah meninggalkan rumah sakit dan 18 % pasien yang dipulangkan dari rumah sakit dirawat kembali dalam waktu 30 hari. Hal ini merupakan dampak dari pelaksanaan discharge planning yang tidak baik.

Hasil studi pengkajian *Discharge planning* di ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto didapatkan data bahwa di ruang Asparaga penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan masih belum dilaksanakan secara optimal, biasanya *Discharge planning* hanya dicentang saja tetapi edukasi belum dijelaskan secara detail kepada pasien/ keluarga. Berdasarkan pemaparan data diatas peneliti dan tim tertarik

untuk mengambil studi kasus tentang penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan di ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Bagaimana penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan di ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

Mengetahui penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan di ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto.

## **1.4. Manfaat Penelitian**

### **1.4.1. Manfaat Teoritis**

Penelitian ini bermanfaat untuk menerapkan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan di ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto.

### **1.4.2. Manfaat Praktis**

#### **1) Bagi Perawat**

Menjadi bahan pertimbangan untuk menerapkan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan di ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto.

#### **2) Rumah Sakit**

Sebagai referensi dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan salah satunya mutu pelayanan keperawatan dengan penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan di ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto.

#### **3) Institusi Pendidikan**

Sebagai bentuk memberikan referensi dalam proses pembelajaran asuhan keperawatan dengan penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan di ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep *Discharge Planning***

##### **2.1.1 Pengertian *Discharge Planning***

*Discharge planning* 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. *Discharge planning* didapatkan dari proses interaksi ketika keperawatan professional, pasien dan keluarga berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur kontinuitas keperawatan yang diperlukan oleh pasien saat perencanaan harus berpusat pada masalah pasien yaitu pencegahan, terapeutik, rehabilitatif, serta keperawatan rutin yang sebenarnya (Nursalam, 2019).

*Discharge planning* adalah proses mempersiapkan klien untuk meninggalkan satu tingkat asuhan ke tingkat yang lain di dalam atau di luar institusi layanan kesehatan saat ini. *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. Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa *Discharge planning* adalah suatu perencanaan pasien pulang dan memberikan pasien informasi tentang bagaimana perawatannya ketika di rumah (Kozier, 2021).

##### **2.1.2 Pemberi Layanan *Discharge Planning***

*Discharge planning* tidak hanya melibatkan pasien tetapi juga keluarga, orang terdekat, serta pemberi layanan kesehatan dengan catatan bahwa pelayanan dan sosial bekerja sama. Proses *discharge planning* harus dilakukan secara komperhensif dan melibatkan multidisiplin, mencakup semua pemberi layanan kesehatan yang terlibat dalam memberi layanan kesehatan kepada pasien (Perry, 2019). Seorang yang merencanakan

pemulangan atau kordinator asuhan berkelanjutan (*continuting care coordinator*) adalah staf rumah sakit yang berfungsi sebagai konsultan untuk proses. *Discharge planning* bersamaan dengan fasilitas kesehatan menyediakan pendidikan kesehatan dan memotivasi staf rumah sakit untuk merencanakan dan mengimplementasikan.

### 2.1.3 Penerima Layanan *Discharge Planning*

Semua pasien yang di hospitalisasikan memerlukan *Discharge planning* namun ada beberapa kondisi yang menyebabkan pasien beresiko tidak dapat memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan setelah pasien pulang, seperti pasien yang menderita penyakit terminal atau pasien dengan kecacatan permanen (Perry, 2019).

### 2.1.4 Tujuan *Discharge Planning*

Menurut Nursalam (2019) tujuan dari dilakukan discharge planning adalah sebagai berikut:

1. Untuk menyiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis, dan sosial, meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga;
2. Meningkatkan keperawatan yang berkelanjutan pada pasien, membantu rujukan pasien pada sistem pelayanan yang lain;
3. Membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien;
4. Menjelaskan rentang keperawatan antara rumah sakit dan masyarakat;

Perencanaan pulang bertujuan untuk membantu pasien dan keluarga untuk dapat memahami permasalahan, pencegahan yang harus ditempuh sehingga dapat mengurangi angka kambuh dan penerimaan kembali di rumah sakit, dan terjadi pertukaran informasi antara pasien sebagai penerima pelayanan dengan keperawatan dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit.

Menurut Sarfina (2019) tujuan dilakukan *Discharge planning* antara lain untuk mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis dipulangkan ke rumah, menyediakan informasi tertulis dan verbal kepada pasien dan pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pasien dalam proses pemulangan, memfasilitasi proses pemulangan, memfasilitasi proses pemindahan yang nyaman dengan memastikan semua fasilitas pelayanan kesehatan yang diperlukan telah dipersiapkan untuk menerima pasien meningkatkan tahap kemandirian yang tertinggi kepada pasien dan keluarga. *Discharge planning* memberikan pelayanan terbaik untuk menjamin berkelanjutan asuhan yang berkualitas antara rumah sakit dan komunitas dengan memfasilitasi komunikasi yang efektif.

#### 2.1.5 Manfaat *Discharge Planning*

Menurut Nursalam (2019) *Discharge planning* mempunyai manfaat antara lain sebagai berikut:

1. Memberi kesempatan kepada pasien untuk mendapat pelajaran selama di rumah sakit sehingga bisa dimanfaatkan sewaktu dirumah;
2. Tindak lanjut yang sistemis yang digunakan untuk menjamin komunitas keperawatan pasien;
3. Mengevaluasi pengaruh dan intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan keperawatan baru;
4. Membantu kemandirian pasien dalam kesiapan untuk melakukan keperawatan rumah.

### 2.1.6 Prinsip- prinsip *Discharge Planning*

Nursalam (2019) mengemukakan prinsip-prinsip dalam *Discharge planning* antara lain sebagai berikut:

1. Pasien merupakan fokus dalam perencanaan pulang. Nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji dan dievaluasi;
2. Kebutuhan dari pasien diidentifikasi. Kebutuhan ini dikaitkan dengan masalah yang mungkin timbul pada saat pasien pulang nanti, sehingga kemungkinan masalah yang timbul dirumah dapat segera diantisipasi;
3. Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif. Perencanaan pulang merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim harus saling bekerja sama;
4. Perencanaan pulang harus disesuaikan dengan sumber daya dan fasilitas yang ada. Tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan dengan pengetahuan dari tenaga yang tersedia atau fasilitas yang tersedia dimasyarakat;
5. Perencanaan pulang dilakukan pada setiap sistem pelayanan kesehatan. Setiap pasien masuk tatanan pelayanan maka perencanaan pulang harus dilakukan.

### 2.1.7 Keberhasilan *Discharge Planning*

Menurut Perry (2019) mengemukakan keberhasilan dalam melakukan *Discharge planning* antara lain sebagai berikut:

1. Pasien dan keluarga memahami diagnosa, antisipasi tingkat fungsi, obat-obatan dan pengobatan ketika pulang, antisipasi perawatan tingkat lanjut, dan respons jika terjadi kegawatdaruratan;
2. Pendidikan khusus pada keluarga dan pasien untuk memastikan perawatan yang tepat setelah pasien pulang;
3. Berkoordinasi dengan sistem pendukung di masyarakat, untuk membantu pasien dan keluarga membuat koping terhadap perubahan dalam status kesehatan;

4. Melakukan relokasi dan koordinasi sistem pendukung atau memindahkan pasien ke tempat pelayanan kesehatan lain.

#### 2.1.8 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 Perr (2018) secara lebih lengkap dapat di urut sebagai berikut:

1. Pasien datang atau masuk rumah sakit;
  - 1) Sejak waktu penerimaan pasien, lakukan pengkajian tentang kebutuhan pelayanan kesehatan untuk pasien pulang, dengan menggunakan riwayat keperawatan, rencana perawatan dan pengkajian kemampuan fisik dan fungsi kognitif yang dilakukan secara terus menerus;
  - 2) Kaji kebutuhan pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga yang berhubungan dengan terapi di rumah, hal-hal yang harus dihindarkan akibat dari gangguan kesehatan yang dialami, dan komplikasi yang mungkin terjadi;
  - 3) Bersama pasien dan keluarga, kaji faktor-faktor lingkungan di rumah yang dapat mengganggu perawatan diri (contoh: ukuran kamar, lebar jalan, langkah, fasilitas kamar mandi). (Perawat yang melakukan perawatan di rumah hadir pada saat rujukan dilakukan, untuk membantu pengkajian);
  - 4) Berkolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu yang lain dalam mengkaji perlunya rujukan untuk mendapat perawatan di rumah atau di tempat pelayanan yang lainnya;
  - 5) Kaji penerimaan terhadap masalah kesehatan dan larangan yang berhubungan dengan masalah kesehatan tersebut;

- 6) Konsultasi dengan anggota tim kesehatan lain tentang berbagai kebutuhan klien setelah pulang;
  - 7) Tetapkan diagnosa keperawatan dan rencana perawatan yang tepat. Lakukan implementasi rencana keperawatan. Evaluasi kemajuan secara terus menerus. Tentukan tujuan pulang yang relevan, yaitu sebagai berikut:
    - a. Pasien akan memahami masalah kesehatan dan implikasinya;
    - b. Pasien akan mampu memenuhi kebutuhan individualnya;
    - c. Lingkungan rumah akan menjadi aman;
    - d. Tersedia sumber perawatan kesehatan di rumah.
2. Persiapan sebelum hari kepulangan pasien
- 1) Anjurkan cara-cara untuk merubah pengaturan fisik di rumah sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi;
  - 2) Berikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan di masyarakat kepada pasien dan keluarga;
  - 3) Lakukan pendidikan untuk pasien dan keluarga sesegera mungkin setelah pasien di rawat di rumah sakit (contoh: tanda dan gejala, komplikasi, informasi tentang obat-obatan yang diberikan, penggunaan perawatan medis dalam perawatan lanjutan, diet, latihan, hal-hal yang harus dihindari sehubungan dengan penyakit atau operasi yang dijalani). Pasien mungkin dapat diberikan pamflet atau buku.
3. Pada hari Kepulangan Pasien
- 1) Biarkan pasien dan keluarga bertanya atau berdiskusi tentang berbagai isu berkaitan dengan perawatan di rumah (sesuai pilihan);
  - 2) Periksa order pulang dari dokter tentang resep, perubahan tindakan pengobatan, atau alat-alat khusus yang diperlukan pesan harus ditulis sedini mungkin;
  - 3) Tentukan apakah pasien atau keluarga telah mengatur transportasi untuk pulang ke rumah;

- 4) Tawarkan bantuan ketika pasien berpakaian dan mempersiapkan seluruh barang-barang pribadinya untuk dibawa pulang. Berikan privasi jika diperlukan;
- 5) Periksa seluruh kamar mandi dan lemari bila ada barang pasien yang masih tertinggal. Carilah salinan daftar barang-barang berharga milik pasien yang telah ditandatangani dan minta satpam atau administrator yang tepat untuk mengembalikan barang-barang berharga tersebut kepada pasien. Hitung semua barang-barang berharga yang ada;
- 6) Berikan pasien resep atau obat-obatan sesuai dengan pesan dokter. Periksa kembali instruksi sebelumnya;
- 7) Hubungi kantor keuangan lembaga untuk menentukan apakah pasien masih perlu membayar sisa tagihan biaya. Atur pasien atau keluarga untuk pergi ke kantor tersebut;
- 8) Gunakan alat pengangkut barang untuk membawa barang-barang pasien. berikan kursi roda untuk pasien yang tidak bisa berjalan sendiri. Pasien yang meninggalkan rumah sakit dengan mobil ambulans akan dipindahkan dengan kereta dorong ambulans;
- 9) Bantu pasien pindah ke kursi roda atau kereta dorong dengan menggunakan mekanika tubuh dan teknik pemindahan yang benar. Iringi pasien masuk ke dalam lembaga dimana sumber transportasi merupakan hal yang diperhatikan;
- 10) Kunci kursi roda. Bantu pasien pindah ke mobil atau alat transportasi lain. Bantu keluarga memindahkan barang-barang pribadi pasien ke dalam kendaraan tersebut;
- 11) Kembali ke unit dan beritahukan departemen penerimaan dan departemen lain yang berwenang mengenai waktu kepulangan pasien;
- 12) Catat kepulangan pasien pada format ringkasan pulang. Pada beberapa institusi pasien akan menerima salinan dari format tersebut;
- 13) Dokumentasikan status masalah kesehatan saat pasien pulang.

### 2.1.9 Faktor yang Menghambat dalam *Discharge Planning*

Beberapa kondisi yang menyebabkan pasien berisiko tidak dapat memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan setelah pasien mendapatkan perencanaan pulang atau discharge planning antara lain (Perry, 2018):

1. Kurangnya pengetahuan tentang rencana pengobatan;
2. Diagnosa terbaru penyakit kronik kepada pasien;
3. Terjadi operasi besar;
4. Terjadi operasi radikal;
5. Masa penyembuhan yang lama dari penyakit yang diderita atau setelah dilakukan operasi besar;
6. Isolasi social;
7. Ketidakstabilan emosional atau mental;
8. Program perawatan di rumah yang kompleks;
9. Kurangnya sumber dana;
10. Kurangnya penyediaan atau ketepatan sumber rujukan;
11. Penyakit terminal.

### 2.1.10 Proses Pelaksanaan *Discharge Planning*

Proses *Discharge planning* mencakup kebutuhan fisik pasien, psikologis, sosial budaya, dan ekonomi. Perry & Potter (2006) membagi proses *Discharge planning* atas tiga fase yaitu: akut, transisional, dan pelayanan berkelanjutan. Perhatian utama medis pada masa akut berfokus pada usaha *Discharge palnning*. Kebutuhan pelyanan fase transisional pada akut selalu terlihat, tetapi tingkat kepentingannya semakin berkurang dan pasien mulai dipersiapkan untuk pulang dan merencanakan berkelanjutan, kebutuhan perawatan masa depan. Berbeda dengan fase pelayanan pasien mampu untuk berpartisipasi dalam perencanaan dan pelaksanaan aktivitas berkelanjutan yang dibutuhkan setelah pemulangan. Penyusunan format *Discharge palnning* sebagai berikut:

### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi, dan komunikasi tentang klien. Pengkajian *Discharge planning* berfokus pada 4 area yang potensial, yaitu pengkajian fisik dan psikososial, status fungsional, kebutuhan health education dan konseling.

### 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan didasarkan pada pengkajian *discharge planning*, dikembangkan untuk mengetahui kebutuhan pasien dan keluarga. yaitu mengetahui problem (masalah), etiologi (penyebab), support sistem (hal yang mendukung pasien sehingga dilakukan *Discharge planning*).

### 3. Perencanaan

Perencanaan pemulangan pasien membutuhkan identifikasi kebutuhan pasien. Kelompok perawat berfokus pada kebutuhan rencana pengajaran yang baik untuk persiapan pulang pasien, yang disingkat dengan METHOD yaitu:

#### 1) *Medication* (obat)

Pasien sebaiknya mengetahui obat yang harus dilanjutkan setelah pulang.

#### 2) *Environment* (lingkungan)

Lingkungan tempat pasien akan pulang dari rumah sakit sebaiknya aman. Pasien juga sebaiknya memiliki fasilitas pelayanan yang dibutuhkan untuk kelanjutan perawatannya.

#### 3) *Treatment* (pengobatan)

Perawat harus memastikan bahwa pengobatan dapat berlanjut setelah pasien pulang, yang dilakukan oleh pasien dan anggota keluarga.

#### 4) *Health teaching* (pengajaran kesehatan)

Pasien yang akan pulang sebaiknya diberitahu bagaimana mempertahankan kesehatan, termasuk tanda dan gejala yang mengidentifikasi kebutuhan perawatan kesehatan tambahan.

5) *Outpatient referral*

Klien sebaiknya mengenal pelayanan dari rumah sakit atau agen komunitas lain yang dapat meningkatkan perawatan yang berkelanjutan.

6) Diet pasien

Sebaiknya pasien dan keluarga diberitahu tentang pembatasan pada dietnya dan pasien sebaiknya mampu memilih diet yang sesuai untuk dirinya.

4. Implementasi

Implementasi dalam discharge planning adalah pelaksanaan rencana pengajaran referal. Seluruh pengajaran yang diberikan harus didokumentasikan pada catatan perawatan dan ringkasan pulang (*Discharge summary*). Inturksi tertulis diberikan kepada pasien. Demonstrasi ulang harus memiliki keterbukaan dan melakukannya dengan alat yang digunakan di rumah.

5. Evaluasi

Evaluasi sangat penting dalam proses discharge palanning. Perencanaan dan penyerahan harus diteliti dengan cermat untuk menjamin kualitas dan pelayanan yang sesuai. Keberhasilan program rencana pemulangan tergantung pada enam variabel:

- 1) Derajat penyakit;
- 2) Hasil yang diharapkan dari perawatan;
- 3) Durasi perawatan yang dibutuhkan;
- 4) Jenis-jenis pelayanan yang diperlukan;
- 5) Komplikasi tambahan;
- 6) Ketersediaan sumber-sumber untuk mencapai pemulihan.

#### 2.1.11 Hal- hal yang Harus diketahui Klien Sebelum Pulang

Menurut Nursalam (2018) menguraikan hal-hal yang harus diketahui klien sebelum pulang adalah sebagai berikut:

1. Intruksikan tentang penyakit yang diderita, pengobatan yang harus dijalankan serta masalah-masalah atau komplikasi yang dapat terjadi;
2. Informasi tertulis tentang perawatan yang harus dilakukan di rumah;
3. Pengaturan diet khusus dan berharap yang harus dijalankan;
4. Jelaskan masalah yang mungkin muncul dan cara mengantisipasi;
5. Pendidikan kesehatan yang ditunjukkan kepada keluarga maupun klien sendiri dapat digunakan metode ceramah, demonstrasi dan lain-lain;
6. Informasi tentang nomor telepon layanan perawatan, dokter, dan kunjungan rumah apabila klien memerlukan.

#### 2.1.12 Unsur- unsur *Discharge Planning*

*Discharge Planning Association* (2018) mengatakan bahwa unsur-unsur yang harus ada pada sebuah form perencanaan pemulangan antara lain:

1. Pengobatan dirumah, mencakup resep baru, pengobatan yang sangat dibutuhkan dan pengobatan yang harus dihentikan;
2. Daftar nama obat harus mencakup nama, dosis, frekuensi, dan efek samping umum yang terjadi;
3. Kebutuhan akan hasil test laboratorium yang dianjurkan dan pemeriksaan lain, dengan petunjuk bagaimana untuk memperoleh atau bilamana waktu akan diadakannya;
4. Bagaimana melakukan pilihan gaya hidup dan tentang perubahan aktivitas, latihan, diet makanan yang dianjurkan dan pembatasannya;
5. Petunjuk perawatan diri (perawatan luka, perawatan kolostomi, kententuan insulin, dan lain-lain);
6. Kapan dan bagaimana perawatan atau pengobatan selanjutnya yang akan dihadapi setelah dipulangkan. Namun pemberi pelayanan, waktu tanggal dan lokasi setiap janji untuk kontrol.

7. Apa yang harus dilakukann pada keadaan darurat dan nomor telepon setiap institusi yang bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan.
8. Bagaimana mengatur perawatan lanjutan (jadwal pelayanan di rumah, perawat yang menjenguk, dan lain-lain).

#### 2.1.13 Jenis- jenis Pemulangan Pasien

Nursalam (2019) mengemukakan jenis pemulangan pasien antara lain sebagai berikut:

1. *Conditioning discharge* (pulang sementara atau cuti)

Keadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi pasien baik dan tidak terdapat komplikasi. Pasien untuk sementara dirawat dirumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau puskesmas terdekat.

2. *Absolute discharge* (pulang mutlak atau sebenarnya)

Cara ini merupakan akhir dari hubungan pasien dengan rumah sakit. Namun apabila pasien perlu dirawat kembali maka prosedur keperawatan dapat dilakukan kembali.

3. *Judicial discharge* (pulang paksa)

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

#### 2.1.14 Faktor- factor yang Mempengaruhi *Discharge Planning*

Keberhasilan perencanaan pulang dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti pribadi perawat dan diri pribadi pasien. Menurut Rofi'i (2021) menyatakan bahwa hal-hal yang mempengaruhi *Discharge planning* adalah faktor personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, perjanjian dan konsensus. Faktor personil perencanaan pulang adalah orang-orang yang berkontribusi dalam perencanaan pulang yaitu perawat, dokter, petugas kesehatan di masyarakat, pasien dan anggota keluarga. Perawat sebagai bagian dari personil perencanaan pulang berperan penting dalam keberhasilan perencanaan pulang. Perawat

bertanggungjawab untuk berkoordinasi dan mempertahankan hubungan dengan perawatan, fasilitas profesional, dan sumber daya yang diperlukan untuk pemulihan pasien (Rofi'i, 2021).

Perry (2019) menyatakan bahwa salah satu langkah-langkah prosedur dalam perencanaan pulang adalah perawat melakukan kolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu lain yang mengkaji perlunya rujukan untuk mendapat perawatan di rumah atau di tempat pelayanan lainnya. Kolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu lain merupakan salah satu bentuk keterlibatan dan partisipasi dari personil dalam perencanaan pulang. Komunikasi adalah sarana untuk menjalin hubungan dengan pasien, keluarga, tim kesehatan lain dan petugas kesehatan di masyarakat. Apabila perawat dapat melakukan komunikasi dengan baik, maka keberhasilan pelaksanaan pulang akan tercapai (Rofi'i, 2021).

Aktivitas perencanaan pulang secara rinci didasarkan pada kehidupan sehari-hari klien / keluarga, dan rencana yang dibuat dalam rentang yang dapat diterima oleh klien (Tomura et al, 2021). Diharapkan setelah pasien masuk ruang rawat inap perawat sudah mempersiapkan kesepakatan yang akan dicapai dalam perencanaan pulang. Komitmen perawat dalam membuat kesepakatan sangat diharapkan untuk keberhasilan suatu perencanaan (Rofi'i, 2021).

## **2.2. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Asuhan Keperawatan**

Menurut (Suryani, 2021) Proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis. Menurut (Deden, 2022) proses keperawatan adalah aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematis. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang

tepat guna mencapai hasil akhir tersebut.

Menurut (Enie et al., 2020) standar asuhan keperawatan di luar negeri di Amerika Serikat, *American Nurses Association* (ANA) mengembangkan standar praktik keperawatan, pernyataan kebijakan dan resolusi lain yang serupa. Standar tersebut menguraikan ruang lingkup, fungsi, dan peran perawat dalam berpraktik. Dalam gugatan malpraktik, perilaku perawat yang sebenarnya dibandingkan dengan standar asuhan keperawatan untuk menentukan apakah dalam situasi yang sama perawat tersebut akan bertindak sebagaimana perawat yang bijaksana.

1) Standar Praktik Keperawatan Berdasarkan *American Nurses Association* (ANA)

Standar praktik keperawatan berdasarkan *American Nurses Association* (ANA) memberikan kriteria tertulis mengenai evaluasi peran perawat dalam memberikan suatu asuhan keperawatan. Standar praktik tersebut mengizinkan keperawatan untuk mempertahankan praktiknya jika kebutuhan muncul, mengadakan penelitian untuk meningkatkan praktik keperawatan dan mengukur asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien terhadap standar praktik untuk kualitas dan kelayakan. Menurut (Carol, 2010) proses keperawatan didasarkan pada standar praktik keperawatan *American Nurses Association* (ANA) standar di gabungkan kedalam 5 langkah proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi.

2) Standar Praktik Keperawatan di Indonesia

Terdapat banyak standar diagnosis keperawatan yang telah diakui secara internasional, tetapi standar tersebut tidak dikembangkan dengan memperhatikan disparitas budaya dan kekhasan pelayanan keperawatan yang ada di Indonesia, sehingga standar ini di nilai kurang sesuai untuk diterapkan di Indonesia. Seperti yang di ungkapkan oleh Potter bahwa budaya pasien sangat mempengaruhi tipe masalah kesehatan yang akan dihadapi. Dengan demikian, standar

yang telah ada dapat menjadi rujukan dan masukan dalam penyusunan standar diagnosis keperawatan sesuai dengan budaya dan kekhasan keperawatan yang ada di Indonesia (Potter, Patricia et al., 2013).

Standarisasi asuhan perawat sangat penting dalam meningkatkan suatu kualitas pelayanan keperawatan di era kesehatan saat ini dan juga penggunaan standar yang terstandar sangat diperlukan untuk meningkatkan pelayanan kepada klien. Standar asuhan keperawatan yang dikembangkan oleh organisasi profesi perawat Indonesia atau (PPNI) meliputi standar diagnosis keperawatan Indonesia, standar intervensi keperawatan Indonesia, dan standar output keperawatan Indonesia (Trisno et al., 2020).

Menurut Budiono (2019) terdapat lima tahap proses keperawatan sebagai berikut:

(1) Tahap Pengkajian

- a. Mengumpulkan data
- b. Mengelompokkan atau mengatur data
- c. Memvalidasi data

(2) Tahap Diagnosa Keperawatan

- a. Menganalisa data
- b. Mengidentifikasi masalah
- c. Merumuskan pernyataan

(3) Diagnosa Keperawatan

(4) Tahap Perencanaan/Intervensi

- a. Memprioritaskan masalah
- b. Merumuskan tujuan atau hasil
- c. Memilih intervensi keperawatan
- d. Menulis rencana keperawatan

(5) Tahap Implementasi

- a. Mengkaji kembali pasien
- b. Menentukan bantuan
- c. Mengimplementasikan rencana keperawatan

- d. Tindakan keperawatan
- e. Melakukan survei keperawatan
- f. Melakukan pendokumentasian keperawatan

(6) Tahap Evaluasi

- a. Mengumpulkan data yang berhubungan dengan hasil
- b. Membandingkan data yang diperoleh
- c. Menghubungkan tindakan keperawatan dengan tujuan
- d. Menarik kesimpulan tentang hasil status masalah
- e. Melanjutkan, memodifikasi atau menyelesaikan rencana asuhan keperawatan

3) Pentingnya Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan sangat penting untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan, untuk mengetahui mutu asuhan keperawatan, dan untuk mengetahui kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

4) Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Asuhan Keperawatan

Faktor yang mempengaruhi asuhan keperawatan, yaitu:

- (1) Variable Individu : umur, sifat-sifat fisik, karakteristik, minat dan motivasi, jenis kelamin, pendidikan, dan pengalaman.
- (2) Variable Situasional : faktor sosial dan organisasi, faktor fisik dan pekerjaan.

Selain kedua variable di atas, faktor yang mempengaruhi standar asuhan keperawatan menurut Katz & Green dikutip dalam Pamin (2020) adalah fasilitas/peralatan dan prosedur, kemampuan. Hal ini juga dikemukakan pada penelitian yang dilakukan oleh Nurlina et al (2023) bahwa terdapat 3 faktor yang mempengaruhi standar asuhan keperawatan, yaitu: motivasi, intensif, dan fasilitas.

## 2.3. Diagnosis Keperawatan Indonesia

### 2.3.1 Definisi

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klibis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) merupakan salah satu standar yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan praktik keperawatan di Indonesia. SDKI telah disusun oleh PPNI dan telah diterbitkan pada bulan Desember 2016 (SDKI, 2017).

### 2.3.2 Klasifikasi Diagnosis Keperawatan

*International Council of Nurses* (ICN) sejak tahun 1991 telah mengembangkan suatu system klasifikasi yang disebut dengan *International Nurses Council International Classification for Nursing Practice* (ICNP). Sistem klasifikasi ini tidak hanya mencakup klasifikasi diagnosis keperawatan, tetapi juga mencakup klasifikasi intervensi dan tujuan keperawatan (*outcome*). CNP membagi diagnosis keperawatan menjadi 5 kategori beserta sub kategorinya seperti dibawah ini:

1. Kategori Fisiologis meliputi: Respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensory serta reproduksi dan seksualitas.
2. Kategori Psikologis meliputi: Nyeri dan kenyamanan, integritas ego serta pertumbuhan dan perkembangan.
3. Kategori perilaku meliputi: Kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran.
4. Kategori relasional meliputi interaksi social.
5. Kategori lingkungan meliputi kemandirian dan proteksi.

### 2.3.3 Jenis-Jenis Diagnosis Keperawatan

Jenis-jenis diagnosis keperawatan tersebut diuraikan sebagai berikut (Perry, 2019).

#### 1. Diagnosis Aktual

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisikesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda gejala mayor maupun minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

#### 2. Diagnosis Risiko

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisikesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien beresiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda gejala mayor maupun minor pada klien, namun klien memiliki faktor resiko mengalami masalah kesehatan.

#### 3. Diagnosis Promosi Kesehatan

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal (SDKI, 2017).

### 2.3.4 Komponen Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (problem) atau label diagnosis dan indikator diagnostic. Masing-masing komponen diuraikan sebagai berikut.

#### 1. Masalah (*Problem*)

Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Dalam menyebutkan masalah, terdapat descriptor dan focus diagnosis yang terdapat pada label diagnosis. Deskriptor merupakan pernyataan yang menjelaskan bagaimana suatu fokus diagnosis terjadi.

Tabel 2. 1 Contoh Descriptor dan Faktor Diagnostik pada Diagnosis Keperawatan

No.	Deskriptor	Fokus Diagnostik
1.	Tidak Efektif	Bersihan Jalan Napas
2.	Gangguan	Pertukaran Gas
3.	Penurunan	Curah Jantung
4.	Intoleransi	Aktivitas
5.	Defisit	Pengetahuan

Descriptor yang digunakan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) ada 8 deskriptor, yaitu:

Tabel 2. 2 Descriptor dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)

No.	Deskriptor	Definisi
1.	Defisit	Tidak cukup, tidak adekuat
2.	Disfungsi	Tidak berfungsi secara normal
3.	Efektif	Menimbulkan efek yang diinginkan
4.	Gangguan	Mengalami hambatan atau kerusakan
5.	Lebih	Berada di atas nilai normal atau yang diperlukan
6.	Penurunan	Berkurang baik dalam ukuran, jumlah ataupun derajat
7.	Rendah	Berada di bawah nilai normal atau yang diperlukan
8.	Tidak Efektif	Tidak menimbulkan efek yang diinginkan

## 2. Indikator Diagnostik

1) Penyebab (*etiology*) merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan. Etiologi dapat mencakup 4 kategori, yaitu:

- a. Fisiologis biologis atau psikologis
- b. Efek terapi dan tindakan, situasional (lingkungan dan personal) dan maturasional
- c. Situasional (lingkungan)

2) Tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*)

Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari pemeriksaan fisik, laboratorium, dan prosedur diagnostic. Sedangkan gejala merupakan tanda subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis. Tanda/gejala mayor ditemukan sekitar 80 – 100% untuk validasi diagnosis. Sedangkan tanda/gejala minor tidak perlu ditemukan. Namun, jika ditemukan akan mendukung penegakan diagnosis.

3) Faktor risiko merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan.

## 2.4. Intervensi Keperawatan

### 2.4.1 Definisi Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) sesuai dengan permasalahan dan diagnosis keperawatan pada pasien tersebut.

### 2.4.2 Klasifikasi Intervensi Keperawatan

Sistem klasifikasi SKI terdiri dari lima kategori dan empat belas sub kategori dengan uraian sebagai berikut:

1. Fisiologis, yaitu intervensi keperawatan yang ditunjukkan untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostatis yang terdiri atas:
  - 1) Respirasi yang memuat kelompok intervensi keperawatan yang memulihkan fungsi pernapasan dan oksigenasi.
  - 2) Sirkulasi yang memuat kelompok yang memulihkan fungsi jantung dan pembuluh darah.
  - 3) Nutrisi dan cairan yang memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi gastrointestinal, metabolisme, dan regulasi cairan serta elektrolit.
  - 4) Eliminasi yang memuat kelompok intervensi untuk memulihkan fungsi eliminasi fekal dan urinaria.
  - 5) Aktivitas dan istirahat yang memuat kelompok intervensi untuk memulihkan fungsi muskuloskeletal, penggunaan energi serta istirahat dan tidur.
  - 6) Neurosensori yang memuat kelompok intervensi untuk memulihkan fungsi otak dan saraf.
  - 7) Reproduksi dan seksualitas yang memuat intervensi yang melibatkan fungsi reproduksi dan seksualitas.

- 8) Psikologis, yaitu kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung fungsi dan proses mental yang terdiri atas:
  - a. Nyeri dan kenyamanan, yang memuat kelompok intervensi untuk meredakan nyeri dan meningkatkan kenyamanan.
  - b. Integritas ego yang memuat kelompok intervensi untuk kesejahteraan diri sendiri secara emosional.
  - c. Pertumbuhan dan perkembangan yang memuat kelompok intervensi untuk memulihkan fungsi pertumbuhan dan perkembangan.
- 9) Perilaku, yaitu kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung perubahan perilaku atau pola hidup sehat yang terdiri atas:
  - a. Kebersihan diri yang memuat kelompok intervensi untuk memulihkan perilaku sehat dan merawat diri.
  - b. Penyuluhan dan pembelajaran yang memuat kelompok intervensi untuk meningkatkan pengetahuan dan perubahan perilaku sehat.
  - c. Relasional, yaitu kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung hubungan interpersonal atau interaksi social yang terdiri atas interaksi social yang memuat kelompok intervensi untuk memulihkan hubungan antar individu.

#### 2.4.3 Komponen Intervensi Keperawatan

Komponen intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018).

##### 1. Label

Merupakan nama dari intervensi keperawatan yang merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan tersebut. Dalam SIKI terdapat 18 deskriptor pada label intervensi, yaitu:

No.	Deskriptor	Definisi
1.	Dukungan	Memfasilitasi, memudahkan atau melancarkan
2.	Edukasi	Mengajarkan atau memberikan informasi
3.	Kolaborasi	Melakukan kerjasama atau interaksi
4.	Konseling	Memberikan bimbingan
5.	Konsultasi	Memberikan informasi tambahan atau pertimbangan
6.	Latihan	Mengajarkan suatu keterampilan atau kemampuan
7.	Manajemen	Mengidentifikasi dan mengelola
8.	Pemantauan	Mengumpulkan dan menganalisis data
9.	Pemberian	Menyiapkan dan memberikan
10.	Pemeriksaan	Mengobservasi dengan teliti
11.	Pencegahan	Meminimalkan risiko atagu komplikasi
12.	Pengontrolan	Mengendalikan
13.	Perawatan	Mengidentifikasi dan merawat
14.	Promosi	Meningkatkan
15.	Rujukan	Menyusun penatalaksanaan lebih lanjut
16.	Resusitasi	Memberikan tindakan secara cepat untuk mempertahankan kehidupan
17.	Skrining	Mendeteksi secara dini
18.	Terapi	Memulihkan kesehatan dan/atau menurunkan risiko

#### 2.4.4 Definisi

Komponen ini menjelaskan tentang makna dari label intervensi keperawatan. Definisi label intervensi keperawatan diawali dengan kata kerja (verbal) berupa perilaku yang dilakukan oleh perawat, bukan perilaku pasien (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

#### 2.4.5 Tindakan

Komponen ini merupakan perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan yang dilakukan terdiri atas 4 tindakan, yaitu:

##### 1. Tindakan Observasi

Tindakan yang ditujukan untuk mengumpulkan dan menganalisis data status kesehatan pasien. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata “periksa”, “identifikasi” atau “monitor”.

## 2. Tindakan Terapeutik

Tindakan yang secara langsung dapat berefek memulihkan status kesehatan pasien atau dapat mencegah perburukan masalah kesehatan pasien.

## 3. Tindakan Edukasi

Tindakan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan pasien merawat dirinya dengan membantu pasien memperoleh perilaku baru yang dapat mengatasi masalah.

## 4. Tindakan Kolaborasi

Tindakan yang membutuhkan kerja sama baik dengan perawat lainnya maupun dengan profesi kesehatan lainnya. Tindakan ini membutuhkan pengetahuan, keterampilan, dan keterampilan dari berbagai profesi kesehatan. Tindakan ini hanya dilakukan jika perawat memerlukan penanganan lebih lanjut. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata “kolaborasi”, “rujuk”, atau “konsultasikan”.

## 2.5 Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

### 2.5.1 Definisi

Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat dievaluasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku atau persepsi pasien, keluarga dan komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Dengan adanya luaran keperawatan maka intervensi keperawatan dapat diamati dan diukur secara spesifik.

#### 1. Klasifikasi Luaran Keperawatan

- 1) Kategori Fisiologi, meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensory serta reproduksi dan seksualitas;
- 2) Kategori Psikologis, meliputi nyeri dan kenyamanan, integritas ego serta pertumbuhan dan perkembangan;

- 3) Kategori Perilaku, meliputi kebersihan diri, penyuluhan, dan pembelajaran;
- 4) Kategori Relasional, meliputi interaksi sosial;
- 5) Kategori Lingkungan, meliputi keamanan dan proteksi.

#### 2.5.2 Jenis Luaran Keperawatan

Luaran keperawatan dibagi menjadi dua jenis yaitu luaran negative dan luaran positif. Luaran negative menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat, sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan, contohnya tingkat nyeri, tingkat ansietas dan respons alergi lokal. Sedangkan luaran positif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki contohnya bersihan jalan napas, keseimbangan cairan dan citra tubuh.

#### 2.5.3 Komponen Luaran Keperawatan

##### 1. Label

Komponen ini merupakan nama dari luaran keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk memperoleh informasi terkait luaran keperawatan. Label luaran keperawatan merupakan kondisi, perilaku atau persepsi yang dapat diubah atau diatasi dengan intervensi keperawatan.

##### 2. Ekspektasi

Ekspektasi merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai. Ekspektasi menggambarkan seperti apa kondisi, perilaku atau persepsi pasien akan berubah setelah diberikan intervensi keperawatan. Dalam luaran terdapat tiga kemungkinan ekspektasi yang diharapkan. Pertama adalah meningkat, yaitu bertambah dalam ukuran, jumlah derajat atau tingkatan. Kedua adalah menurun, yaitu

berkurang dalam ukuran, jumlah, derajat atau tingkatan. Ketiga adalah membaik, yaitu menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat atau efektif.

### 3. Kriteria Hasil

Kriteria hasil merupakan karakteristik yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan. Kriteria hasil dalam SLKI disusun menjadi 5 tingkatan, seperti menurun, cukup menurun, sedang, cukup meningkat, dan meningkat. Tingkatan tersebut didasarkan pada label dan ekspektasi dari luaran yang ditentukan.

## **2.6 Penatalaksanaan Berdasarkan *Evidence Based***

Pelaksanaan Keperawatan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon yang baru. Dalam proses pelaksanaan keperawatan seorang perawat membutuhkan ketrampilan kognitif, interpersonal dan psikomotor.

Menurut (Sudaryati, 2022) berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 tentang standar profesi perawat, dijelaskan bahwa dalam pembuatan asuhan keperawatan sebagai bentuk pendokumentasian merujuk pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) untuk menentukan diagnosis keperawatan dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk menentukan intervensi keperawatan. Namun selain kedua sumber ini Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) juga membuat Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dalam menentukan luaran atau hasil yang ingin dicapai, dengan merujuk pada ketiga standar ini perawat diharapkan mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan mutu yang baik (Applications & Nursing, 2023).

Tujuan pelaksanaan asuhan keperawatan menurut (Saiful & Rohmah, 2019) adalah:

1. Melaksanakan rencana tindakan yang telah ditetapkan;
2. Mengidentifikasi respon pasien setelah dilakukan tindakan;
3. Mencarikan alternatif terbaik dari beberapa tindakan yang mungkin bisa dilakukan;
4. Mengumpulkan data baru berupa perkembangan pasien;
5. Menyelesaikan masalah yang timbul pada saat pelaksanaan, baik yang bersumber pada pasien/keluarganya, ketersediaan alat atau faktor lain yang tidak dapat diduga sebelumnya.

Tahap pelaksanaan keperawatan adalah:

1. Berfokus pada klien;
2. Berorientasi pada tujuan dan kriteria hasil;
3. Memperhatikan keamanan fisik dan psikologis klien;
4. Pelaksanaan harus memiliki standar kompetensi yang mumpuni.

Tahap sesudah pelaksanaan keperawatan adalah:

1. Menilai keberhasilan tindakan;
2. Mendokumentasikan tindakan meliputi aktivitas atau tindakan apa yang dilakukan oleh perawat, hasil atau respon yang ditunjukkan terhadap tindakan tersebut dan tanggal/jam serta tanda tangan perawat yang melaksanakan tindakan.

Evaluasi pelaksanaan keperawatan adalah penilaian yang dilakukan dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi merupakan sebuah tahap seorang perawat melakukan penilaian ulang terhadap kondisi pasien terkini setelah dilakukan asuhan keperawatan secara komprehensif sesuai dengan waktu yang ditentukan pada tahap perencanaan. Menurut Saiful Walid & Rohmah (2019) tujuan dari evaluasi keperawatan adalah:

1. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan;
2. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan;
3. Meneruskan rencana tindakan keperawatan.

## 2.7 Data Fokus Berdasarkan Hasil Pengamatan dan Wawancara

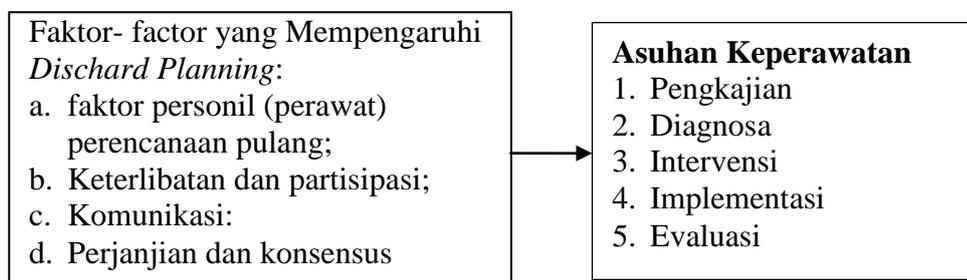
### 2.7.1. Fokus Pengkajian

1. Data Subjektif: dari hasil wawancara perawat ruang Asparaga pada tanggal 17 Agustus 2023, perawat ruang melati mengatakan bahwa dalam penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan masih belum dilaksanakan secara optimal, biasanya *Discharge planning* hanya dicentang saja tetapi edukasi belum dijelaskan secara detail kepada pasien/ keluarga.
2. Data Objektif: dari hasil pengamatan pasien/ keluarga masih terlihat bingung dan bertanya maksud dari isi *Discharge planning* .

### 2.7.2. Intervensi Inovasi Keperawatan

Pelaksanaan dan pendokumentasian perencanaan pemulangan pasien (P3) atau yang sering dikenal dengan *Discharge planning* pada proses penetapan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, serta evaluasi masih perlu dilakukan supervisi oleh kepala ruangan dan perlunya peningkatan peran kepala bidang keperawatan untuk memberikan program pelatihan secara khusus kepada perawat pelaksana dan Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dalam meningkatkan pelaksanaan dan pendokumentasian *Discharge planning* di ruangan secara optimal (Sumarni, et al 2022).

## 2.8 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

## 2.9 Keaslian Penelitian

Tabel 2. 3 Keaslian Penelitian

No	Judul artikel, penulis, tahun	Metode (desain, sampel, variabel, instrument, analisis)	Hasil penelitian	Data base
1.	Penerapan <i>Discharge Planning</i> Terhadap Kepuasan Pasien Pada Asuhan Keperawatan (Yati Sumiati, Tri Kurniati, Luknis Sabri, Muhammad Hadi, Tini Suminarti, 2021)	<b>Desain</b> = penelitian kuantitatif dengan desain <i>cross sectional</i> <b>Sampel</b> = 112 responden. <b>Variabel</b> = <b>Independent</b> <i>Discharge Planning</i> <b>Dependent</b> Kepuasan Pasien Pada Asuhan Keperawatan <b>Instrument</b> = kuesioner <b>Analisis</b> = uji <i>chi-square</i>	Berdasarkan hasil penelitian didapatkan gambaran pengaruh penerapan <i>discharge planning</i> terhadap kepuasan yang paling dominan pada asuhan keperawatan di RS Haji Jakarta yang paling pengaruh kepuasan kehandalan ( <i>reliability</i> ) p value = 0,002 ( $\alpha < 0,05$ ). Simpulan, <i>discharge planning</i> mempengaruhi kepuasan saat dirawat, indikator kehandalan ( <i>reliability</i> ) yang dominan terpengaruh oleh <i>discharge planning</i> .	<i>Google scholar</i>
2.	<i>Continuing Nursing Education</i> : Pentingnya Peran Perawat Dalam <i>Discharge Planning</i> Di RSIA 'Aisyiyah Klaten (Arlina Dhian Sulistyowati, 2022)	<b>Desain</b> = - <b>Sampel</b> = 25 responden <b>Variabel</b> = <b>Independent</b> : Peran Perawat <b>Dependent</b> : <i>Discharge Planning</i> <b>Instrument</b> = Kuesioner <b>Analisis</b> = -	Berdasarkan hasil <i>pretest</i> dan <i>posttest</i> maka diperoleh hasil bahwa terdapat peningkatan pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan <i>discharge planning</i> .	<i>Google scholar</i>
3.	Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i> oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di Ruang Rawat INAP (Sri Noviyanti , Richa Noprianty, Hafsa, 2019)	<b>Desain</b> = deskriptif observasional dengan pendekatan surve <b>Sampel</b> = 68 orang <b>Variabel</b> = <b>Independent</b> Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i> <b>Instrument</b> = format <i>asesmen discharge planning</i> yang dimodifikasi dengan format edukasi terintegrasi. <b>Analisis</b> = analisis univariat	Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan yang dilakukan oleh dokter sebagian besar (67,6%) dilaksanakan, perawat hampir seluruh (77,9%) dilaksanakan, ahli gizi hampir seluruh (94,1%) dilaksanakan, farmasi klinik sebagian besar (67,6%) dilaksanakan, dan pelaksanaan oleh fisioterapi sebagian besar (58,8%) dilaksanakan. Adapun bagian not action yang paling banyak yaitu tentang penggunaan alat untuk kebutuhan perawatan dirumah di item fisioterapi dengan persentase 100%.	<i>Google scholar</i>

4.	Pelaksanaan Perencanaan Pulang Oleh Perawat (Dewi ustikaningsih, Ariani Fatmawati, Nia Suniati, 2020)	<b>Desain</b> = deskriptif kuantitatif <b>Sampel</b> = total <i>sampling</i> , 39 responden <b>Variabel</b> = <b>Independent</b> : Pelaksanaan Perencanaan Pulang <b>Instrument</b> = cara observasi langsung dan observasi dokumentasi <b>Analisis</b> = Analisa data univariat untuk mengetahui frekuensi dan persentasi	Hasil menunjukkan secara umum pelaksanaan <i>discharge planning</i> pada kategori baik 45,9%. Terdapat perbedaan data hasil observasi kategori baik 44,6% dengan dokumentasi kategori baik 47,2%, data tersebut menunjukkan hasil pelaksanaan pendokumentasian <i>discharge planning</i> lebih baik daripada hasil observasi.	<i>Google Scholar</i>
5.	Peningkatan Kualitas Asuhan Keperawatan Melalui Penerapan Perencanaan Pulang (Rahayu Iskandar, Miftafu Darussalam, 2023)	<b>Desain</b> = - <b>Sampel</b> = 12 orang <b>Variabel</b> = <b>Independent</b> Kualitas Asuhan Keperawatan <b>Dependent</b> Penerapan Perencanaan Pulang <b>Instrument</b> = lembar checklist <b>Analisis</b> = distribusi frekuensi untuk mengetahui seberapa besar peningkatan kepatuhan perawat dalam melakukan discharge planning sesuai SOP, dan pengukuran kepuasan pasien	Hasil evaluasi, terjadipeningkatan kepatuhan perawat Ruang Merak terhadap pelaksanaan discharge planning pasien Diabetes Mellitus, dari sebelum pembuatan sarana video adalah 87%, menjadi 97%, dan meningkatnyakepuasan pasien Diabetes Mellitus terhadap pelayanan asuhan keperawatan, dari 69% sebelum adanya media yang memudahkan pasien menerima informasi dari perawat menjadi 84%.	<i>Google Scholar</i>

## **BAB 3**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1. Rancangan Penelitian**

Penelitian studi kasus ini mengeksplorasi masalah penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan di ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto Lumajang.

#### **3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

##### **1) Lokasi Penelitian**

RSUD dr. Haryoto Lumajang ini didirikan pertama kali oleh dr. Haryoto, seorang dokter yang terpandang. Dahulu nama RSUD haryoto ini adalah RS Nararya Kirana. Karena keputusan bupati lumajang no. 188.45/308/427.12/2009, status RSUD Dr. Haryoto adalah BLUD (Badan Layanan Umum Daerah). Berdasarkan surat keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia no. 1301 menkes SK 9 2005 tanggal 30 September 2005 RS dr. haryoto mengalami peningkatan kelas C menjadi kelas B non pendidikan. Penetapan lebih lanjut melalui Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang nomor 03 Tahun 2006 maka susuna Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Dr. Haryoto dan nama rumah sakit berubah menjadi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Haryoto mulai menerapkan pengelolaan yang lebih professional. Tepatnya di Ruang Asparaga.

##### **2) Waktu Penelitian**

Waktu yang dibutuhkan mulai dari pengambilan data sampai dengan selesai dilakukan pada tanggal 31 Juli sampai dengan 19 Agustus 2023.

### 3.3. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dengan wawancara dan observasi dokumen dengan tahapan sebagai berikut:

1) Analisis Masalah

Pada tahapan ini merupakan tahapan awal yang dilaksanakan sebelum melakukan kegiatan. Dilakukan analisa kondisi terkait masalah yang dihadapi.

2) Penentuan Masalah

Berdasarkan hasil analisis ditemukan masalah penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan di ruang Asparaga.

3) Solusi yang ditawarkan

Pada tahap ini penentuan solusi dengan diberikan sosialisasi dengan alat bantu lembar balik dan menggunakan metode ceramah.

### 3.4 Karakteristik Responden

Responden di ruang Asparaga yang di ambil berjumlah 20 responden

**Tabel 3. 1 Latar Belakang Pendidikan, Jenis kelamin dan Umur Responden di Ruang Asparaga**

No	karakteristik	F	%
1	<b>Pendidikan</b>		
	SD	16	80%
	SMP	2	10%
	SMA	2	10%
2	<b>Jenis kelamin</b>		
	Perempuan	11	55%
	Laki-laki	9	45%
3	<b>Umur</b>		
	26 - 44	11	55%
	45 - 54	6	30%
	55 - 65	3	15%
	Total	20	100%

*Sumber: data primer*

Berdasarkan pada tabel di atas menunjukkan keluarga pasien di ruang Asparaga mayoritas pendidikan terakhir yaitu lulusan SD di mana pada hasil presentase menunjukkan 80%. Dan mayoritas keluarga pasien di ruang Asparaga berjenis kelamin perempuan yang di tunjukkan dengan hasil

presentase 55%. Sedangkan keluarga dan pasien di ruang Asparaga yang berumur 26 – 44 tahun sebanyak 55%.

### **3.5 Pengkajian Pelaksanaan Discharge Planning**

#### **a. Observasi**

Berdasarkan hasil obeservasi di ruang Asparaga di RSUD dr. Haryoto Lumajang. Pelaksanaan Discharge Planning pada saat pasien masuk sampai pulang ruang Asparaga sudah menyediakan discharge planning card yang berisi identitas pasien, perencanaan perawatan dan jadwal kontrol yang terlampir pada status pasien. Saat ini perencanaan discharge planning bagi pasien yang di rawat belum terlaksana dengan optimal, biasanya discharge planning hanya di centang saja tetapi edukasi belum dijelaskan secara detail kepada pasien/keluarga serta tidak adanya media di ruang Asparaga.

#### **b. Wawancara**

Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala ruang di ruang Asparaga di RSUD dr. Haryoto Lumajang bahwa Discharge Planning di ruang Asparaga sudah di lakukan sesuai SOP rumah sakit, namun kadang terlewatkan dikarenakan beban kerja dan mobilitas di ruang Asparaga tinggi sehingga Discharge Planning kadang kurang optimal.

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

#### **4.1 Analisis Karakteristik Ruang Asparaga dan Perawat Ruang Asparaga**

Ruang asparaga merupakan ruangan rawat inap yang melayani pasien dengan berbagai macam. Ruang asparaga ini berada di RSUD dr. Haryoto Lumajang. Berdasarkan surat keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia no. 1301/2005/SK/9 tanggal 30 September 2005 RS dr. Haryoto mengalami peningkatan kelas C menjadi kelas B non pendidikan. Penetapan lebih lanjut melalui Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang nomor 03 Tahun 2006 maka susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Dr. Haryoto dan nama rumah sakit berubah menjadi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Haryoto mulai menerapkan pengelolaan yang lebih profesional.

Ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto memiliki 45 tempat tidur dengan total tenaga 21 orang yang terdiri dari 19 tenaga perawat (1 karu, 2 katim, 16 perawat pelaksana), 1 tenaga administrasi, dan 1 asisten perawat. Semua perawat di ruang asparaga sudah pernah mengikuti pelatihan BTCLS.

#### **4.2 Analisis Masalah**

Gambaran masalah yang didapatkan dalam manajemen keperawatan, yaitu saat melakukan *Discharge planning* pada keluarga/pasien yang akan KRS untuk persiapan perawatan di rumah, petugas kesehatan tidak menggunakan media (*leaflet*). Penerapan *Discharge planning* di ruang rawat inap asparaga belum terlaksana dengan optimal, biasanya *Discharge planning* hanya dicentang saja tetapi edukasi belum dijelaskan secara detail kepada pasien/ keluarga, dengan intervensi utama, yaitu sosialisasi *Discharge planning* dengan alat bantu lembar balik dengan 5 diagnosa keperawatan yang sering muncul di ruangan dan membagikan *leaflet* kepada pasien/ keluarga.

### 1.1. Hasil Uji Statistik

Tabel 4.1 Hasil tingkat pengetahuan sebelum diberikan sosialisasi *Discharge planning* dengan alat bantu lembar balik dengan 5 diagnosa keperawatan yang sering muncul diruangan dan membagikan *leaflet* kepada pasien/ keluarga.

Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	Presentase (%)
Baik	0	0
Cukup	3	15
Kurang	17	85
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Dari hasil tabel 4.1 didapatkan hasil tingkat pengetahuan pasien/ keluarga sebelum diberikan sosialisasi adalah seluruh jumlah responden 20 (85 %) dalam kategori kurang.

Tabel 4.2 Hasil tingkat pengetahuan setelah diberikan sosialisasi *Discharge planning* dengan alat bantu lembar balik dengan 5 diagnosa keperawatan yang sering muncul diruangan dan membagikan *leaflet* kepada pasien/ keluarga

Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	Presentase (%)
Baik	11	55
Cukup	8	40
Kurang	1	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Dari hasil tabel 4.2 didapatkan hasil tingkat pengetahuan pasien/ keluarga sebagian besar responden setelah diberikan sosialisasi adalah 20 responden (55 %) dalam kategori baik.

Tabel 4.3 Hasil Uji *T- Test Pair*

Paired Simple Statistic Pre Test Post Test	Pre Test	Post Test
	62,5	82

Dari hasil tabel 4.3 didapatkan nilai rata-rata responden *pre test* adalah 62,5 dan nilai rata- rata responden setelah *post test* adalah 82.

Tabel 4.4 Hasil uji Paired T-Test Penerapan *Discharge Planning* Dalam Aplikasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto

	N	Sig. (2-tailed)
Paired Simple Statistic <i>T. Test Pair</i>	20	.000

Berdasarkan hasil tabel 4.4 didapatkan hasil uji *paired T.- Test* 0.000 yang artinya signifikan (*Asymp. Sig*) penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan di ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto sebesar  $0,000 < 0,05$ , artinya  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, sehingga ada pengaruh terhadap penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan di ruang Asparaga RSUD dr. Haryoto.

#### **4.3 Analisis Intervensi Keperawatan Utama Berdasarkan *Plan Of Action* (POA)**

Intervensi utama dalam masalah saat melakukan *Discharge planning* pada keluarga/ pasien yang akan KRS untuk persiapan perawatan di rumah, petugas kesehatan tidak menggunakan media (*leaflet*). Penerapan *Discharge planning* di ruang rawat inap asparaga belum terlaksana dengan optimal, biasanya *Discharge planning* hanya dicentang saja tetapi edukasi belum dijelaskan secara detail kepada pasien/ keluarga, dengan intervensi utama, yaitu sosialisasi *Discharge planning* dengan alat bantu lembar balik dengan 5 diagnosa keperawatan yang sering muncul di ruangan dan membagikan *leaflet* kepada pasien/ keluarga. Pengetahuan pasien/ keluarga sebelum diberikan sosialisasi *Discharge planning* nilai rata-rata responden *pre test* adalah 62,5 dan nilai rata-rata responden setelah *post test* adalah 82, hal ini menunjukkan pengetahuan pasien/ keluarga di ruang asparaga meningkat menjadi baik. Sesuai dengan kategori tingkat pengetahuan menurut (Nursalam, 2017).

1. Baik : Hasil prosentase  $> 75\%$ ;
2. Cukup : Hasil prosentase  $56-75\%$ ;
3. Kurang : Hasil prosentase  $< 56\%$

Berdasarkan hasil analisis delapan artikel menurut (Kartini et al., 2022) didapatkan hasil penelitian didapatkan tahap pelaksanaan, sebelum pemaparan materi diawali dengan *pretest* terkait pemahaman pasien/ keluarga tentang *Discharge planning* pada peserta yang hadir sejumlah 20 orang. Hasil ditemukan pengetahuan dengan kategorik kurang (85%),

cukup (15%). Dilanjutkan dengan pemaparan materi yang bertempat di ruang asparaga, media yang digunakan yaitu menggunakan lembar balik dan *leaflet* sehingga dapat menarik perhatian dan memudahkan peserta untuk memahami isi secara keseluruhan materi dengan baik. Menurut (Applications & Nursing, 2023) didapatkan hasil analisis bivariat pada penelitian ini adalah melihat penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan. Uji normalitas data dilakukan sebelumnya, dan didapati bahwa distribusi data tidak normal, sehingga uji yang di gunakan adalah *Fisher Exact*. Menurut (Pengabdian Masyarakat et al., 2022) didapatkan hasil Peserta pengabdian sebagian besar berusia 20-30 tahun (54%), berjenis kelamin perempuan (69%), mempunyai pendidikan sekolah dasar (91%) dan bekerja sebagai buruh tani (54%). Terkait pengetahuan tentang penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan, sebelum pendidikan kesehatan tingkat pengetahuan sebagian besar dalam kategori kurang (85%) dan setelah pendidikan kesehatan tingkat pengetahuan dalam kategori baik (55%). Berdasarkan hasil *posttest*, disimpulkan peserta dapat menerima materi yang telah disampaikan dengan baik. Saat pendidikan kesehatan, peserta juga aktif bertanya. Ini menunjukkan antusiasme peserta dalam kegiatan pendidikan kesehatan. Hal ini menjadi salah satu indikator ketercapaian tujuan kegiatan penyuluhan penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan. Menurut (Astutik et al., 2022) didapatkan Hasil analisis Rank Spearman mendapatkan p value  $< \alpha$  ( $0,002 < 0,05$ ) yang menunjukkan bahwa ada hubungan penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan pada mahasiswa ners di Universitas dr. Soebandi Jember. Bimbingan fasilitator dalam kategori baik sebanyak 55%.

Menurut (Rezkiki et al. 2022) didapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan diseminasi ilmu dan *roleplay* tentang penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan, ditemukan 0% pasien/keluarga tidak tahu apa itu *Discharge planning*. Sedangkan setelah

dilakukan diseminasi ilmu dan roleplay didapatkan hasil 54,35% pasien/keluarga sudah memahami *Discharge planning*. Menurut (Sudaryati et al., 2022) didapatkan hasil analisis bivariat menggunakan paired t-test menunjukkan hasil nilai  $p=0,000$  ( $<0.05$ ), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh penerapan *Discharge planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan.

#### 4.4 Analisis Implementasi

Setelah dilakukan implementasi pada tanggal 3 Agustus dengan metode yang digunakan adalah ceramah dan media lembar balik. Jumlah peserta yang mengikuti sosialisasi 20 orang. *Rundown* acara dapat dilihat pada tabel 4.1 berikut ini.

Tabel 4. 5 *Rundown* Acara Sosialisasi Penerapan *Discharge Planning* Dalam Aplikasi Asuhan Keperawatan

No.	Waktu	Kegiatan
1.	12.30 -12.35 WIB	Salam Penyampaian tujuan kegiatan
2.	12.35-12.45 WIB	<i>PreTest</i>
3.	12.45-13.15 WIB	1. Penyampaian materi tentang latar belakang mengapa <i>Discharge planning</i> harus dilakukan 2. Penyampaian materi isi dari <i>Discharge planning</i>
4.	13.15-13.25 WIB	<i>Post test</i>
5.	13.25-13.35 WIB	Diskusi tanya jawab
6.	13.35-13.40 WIB	Penutup

Dari hasil tabel 4.5 Acara Sosialisasi penerapan *Discharge Planning* dalam aplikasi asuhan keperawatan di ruang Asparaga yang di hadiri 20 orang dengan kegiatan yang pertama, Penyampaian tujuan kegiatan terkait *Discharge Planning* yang berisi penyampaian materi tentang latar belakang mengapa *Discharge Planning* harus dilakukan. Kemudian penyampaian materi isi dari *Discharge Planning* yang kedua yaitu diskusi tanya jawab, responden berdiskusi dengan pemateri terkait *Discharge Planning*.

#### 4.5 Analisis Evaluasi dan Hasil Intervensi

Dari hasil evaluasi setelah diberikan materi tentang Penerapan *Discharge Planning* Dalam Aplikasi Asuhan Keperawatan didapatkan

peningkatan pengetahuan pasien/ keluarga dari nilai rata-rata yang didapatkan adalah 62,5 sebelum diberikan sosialisasi *Discharge planning* dengan metode lembar balik dan setelah diberikan sosialisasi *Discharge planning* dengan metode lembar balik dengan membagikan leaflet menjadi baik dengan nilai rata-rata yang didapatkan adalah 82. Peningkatan mutu pelayanan keperawatan dengan cara meningkatkan penerapan *Discharge planning* dalam asuhan keperawatan merupakan salah satu upaya dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Upaya peningkatan mutu lain terkait peningkatan kualitas dokumentasi keperawatan yang dapat dilakukan rumah sakit dengan menggunakan aplikasi atau sistem informasi dokumentasi keperawatan.

Menurut Emery dan Darragh (2021) faktor yang mempengaruhi tidak optimalnya pelaksanaan *Discharge planning* adalah personil pelaksanaan discharge planning, sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Rofii, 2019) terdapat hubungan antara personil *Discharge planning* dengan pelaksanaan discharge planning karena tanggung jawab pada *Discharge planning* di rumah sakit adalah tanggung jawab staff keperawatan dan bertanggung jawab untuk bekerja sama dengan pasien dan penyedia layanan kesehatan di masyarakat. Selain itu faktor lain yang mempengaruhi *Discharge planning* belum dilaksanakan secara optimal adalah motivasi kerja, manajemen keperawatan, dan beban kerja yang dilakukan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Riayanti (2019) bahwa perawat membutuhkan motivasi kerja yang tinggi untuk mendukung kerja yang baik serta mempengaruhi kualitas kerja dan performa perawat, sehingga *Discharge planning* tidak dilakukan kepada pasien dengan optimal.

Menurut Notoadmodjo (2019) faktor yang berasal dari perawat yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan adalah sikap, emosi, pengetahuan dan pengalaman masa lalu. Dimana sikap yang baik akan mempengaruhi penyampaian informasi kepada pasien, pengendalian emosi juga mempengaruhi karena dengan

pengendalian emosi yang baik baik akan mengarahkan perawat untuk lebih bersikap sabar, hati-hati dan telaten. Dengan demikian informasi yang disampaikan lebih mudah diterima pasien dan perawat harus memiliki pengetahuan yang baik juga akan mengarahkan perawat pada kegiatan pembelajaran pasien dengan memberikan informasi-informasi. Selain itu, pengalaman masa lalu perawat berpengaruh terhadap gaya perawat dalam memberikan informasi sehingga informasi yang diberikan akan lebih terarah sesuai dengan kebutuhan pasien. Perawat juga lebih dapat membaca situasi pasien berdasarkan pengalaman yang mereka miliki.

*Discharge planning* merupakan alat komunikasi antara perawat dan pasien. Memberikan leaflet merupakan bentuk penyampaian informasi kesehatan melalui lembaran yang dilipat. *Leaflet* edukasi kesehatan juga tidak pernah dilakukan dikarenakan dari rumah sakit sendiri belum menyediakan leaflet untuk dibagikan. *Leaflet* penting bagi pasien dan keluarga ketika berada di rumah sebagai informasi, pencegahan, perawatan setelah berada di rumah. Upaya tersebut dilakukan dengan cara meningkatkan pemahaman pasien/ keluarga melalui optimalisasi fungsi pengarahan melalui kegiatan *Discharge planning* yang dilakukan oleh perawat kepada pasien/ keluarga.

Penelitian ini menunjukkan dari beberapa tahap *Discharge planning* pelaksanaannya masih kurang optimalnya pelaksanaan perencanaan pulang (*Discharge planning*) dikarenakan detail-detail kecil perencanaan pulang terkadang terabaikan oleh perawat. Selain itu hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti bahwa perawat melakukan semua tindakan *Discharge planning* baik dari assessment awal, selama di ruang rawat dan pada saat pemulangan hanya dilakukan pada saat pasien akan pulang ke rumahnya. Kurang optimalnya pelaksanaan *Discharge planning* dapat terjadi karena kurangnya motivasi kerja dan masih minimnya manajemen keperawatan di rumah sakit. Hasil yang diperoleh dari

penelitian ini adalah terdapat pengaruh yang signifikan antara penerapan *Discharge planning* dalam asuhan keperawatan.

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN**

#### **5.1. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil intervensi yang sudah dilakukan hal ini menunjukkan sebelum diberikan implementasi dengan diberikan sosialisasi penerapan *Discharge planning* dalam asuhan keperawatan tingkat pengetahuan pasien/ keluarga di ruang asparaga kurang. Setelah diberikan implementasi dengan diberikan penerapan *Discharge planning* dalam asuhan keperawatan tingkat pengetahuan pasien/ keluarga di ruang asparaga menjadi baik.

#### **5.2. Saran**

##### **1. Bagi Perawat**

Sebaiknya perawat dan petugas kesehatan lain lebih empati dan menunjukkan minat kepada keluarga dan pasien dalam pelaksanaan discharge planning tersebut. Komunikasi efektif sebaiknya selalu diterapkan agar lebih mempermudah dalam penyampaian informasi.

##### **2. Bagi Rumah Sakit**

Sebaiknya pihak rumah sakit dapat memperhatikan dengan seksama saat pelaksanaan pendidikan kesehatan, sehingga informasi yang di terima dapat di praktikan dengan baik sesuai apa yang sudah di informasikan agar dapat mencegah kekambuhan pasien.

##### **3. Institusi Pendidikan**

Sebaiknya diberikan materi mengenai *Discharge planning* khusus untuk asuhan keperawatan pasien pulang agar mahasiswa dapat memahami *Discharge planning* yang dilakukan sesuai dengan alur.

## DAFTAR PUSTAKA

- Applications, T., & Nursing, I. N. (2023). *Jurnal Keperawatan*. 15, 415–422.
- Astutik, E. E., Yuwanto, M. A., Budiman, m. E. A., & Fatimah, S. (2022). Kualitas Bimbingan Fasilitator dengan Kemampuan Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan Berdasarkan 3S (SDKI, SLKI, SIKI) pada Mahasiswa Ners. *Nursing Update*, 13(4), 51–59. <https://stikes-nhm.e-journal.id/NU/index>
- Awaliyani, V. A., Pranatha, A., & Wulan, N. (2021). Pengaruh Penggunaan Buku Sdki, Slki Dan Siki Terhadap Peningkatan Pengetahuan Perawat Dalam Membuat Dokumentasi Keperawatan Berbasis Sdki, Slki Dan Siki Di Rumah Sakit Kmc Kuningan Tahun 2021. *Journal of Nursing Practice and Education*, 2(1), 22–32. <https://doi.org/10.34305/jnpe.v2i1.334>
- Dwi Fibriansari, R., Astuti, A., Maisyaroh, A., & Widyanto, E. P. (2022). Persepsi aplikasi standar keperawatan dalam dokumentasi asuhan keperawatan. *Jurnal Hasil Penelitian Universitas Jember*, 1(1), 42–47. <https://journal.unej.ac.id/JPSTI/article/view/73/17>
- Kartini, M., Ratnawati, E., Kartini, M., Ratnawati, E., Tinggi, S., Kesehatan, I., & Waluyo, N. (2022). *Efektivitas Pelatihan Dokumentasi Keperawatan terhadap Pengetahuan Perawat Mengenai SDKI, SLKI, dan SIKI (The Effectiveness of Nursing Documentation Training on Nurse's Knowledge about SDKI, SLKI, and SIKI)*. 11(1), 47–51.
- Kusumaningrum, P. R. (2022). Penerapan 3S (SDKI, SLKI, SIKI) dalam Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. *Jurnal Abdi Masyarakat Indonesia*, 2(2), 577–582. <https://doi.org/10.54082/jamsi.293>
- Leo Rulino, R. M. (2021). Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang Identifikasi Henti Jantung Di Kehidupan Sehari-Hari Di Kel. Sunter Agung Jakarta Utara. *Jurnal Akademi Keperawatan Husada Karya Jaya (JAKHKJ)*, 7(2), 21–24. <https://ejournal.husadakaryajaya.ac.id/index.php/JPMAS>
- Mifta Maulana Akbar Firdaus. (2020). *Gambaran Pengetahuan Bantuan Hidup Dasar Korps Kesehatan Di Kesehatan Universitas Jember*.
- Pengabdian Masyarakat, J., Sumarni, T., Sekar Siwi, A., Nur, A. R., Suhendro, A., Harapan Bangsa, U., Raden Patah No, J., Kembaran Banyumas, L., & Tengah, J. (2022). PIMAS Penerapan Dokumentasi Keperawatan Menggunakan 3S (SDKI, SLKI, SIKI) di RSI Banjarnegara. *Jurnal Pengabdian Masyarakat (PIMAS)*, 1(4). <https://doi.org/10.35960/pimas.v1i4.891>
- PPNI, T. P. S. D. (2017). Penerapan SDKI dan NANDA Dalam Diagnosa Keperawatan dan Langkah-Langkah Penyusunan Diagnosa Keperawatan. *Medical Science Nursing*.
- Rezkiki, F., Evi, N., Jafone, F. A., Aysha, A., Program, D., Ners, S. P., Kesehatan, F., Fort, U., Kock, D., Studi, M. P., & Ners, P. (2022). Penerapan 3S (SDKI, SIKI, SLKI) dalam asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD M. NATSIR SOLOK. *Empowering Society Journalol. Xx, No. Xx*, 3(1), 51–58.

- SDKI, T. P. D. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (E. I. cetakan I. (Revisi) (ed.)).
- Sudaryati, S., Afriani, T., Hariyati, R. T., Herawati, R., & Yunita, Y. (2022). Diskusi Refleksi Kasus (DRK) Efektif Meningkatkan Kemampuan Perawat dalam Melakukan Dokumentasi Keperawatan Sesuai Standar 3s (SDKI, SLKI, SIKI). *Jurnal Keperawatan Silampari*, 5(2), 823–830. <https://doi.org/10.31539/jks.v5i2.3461>
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Watung, G. I. V. (2020). Edukasi Pengetahun dan Pelatihan Bantuan Hidup Dasar Pada Siswa Remaja SMA Negeri 3 Kotamobagu. *Community Engagement and Emergence Journal (CEEJ)*, 2(1), 21–27. <https://doi.org/10.37385/ceej.v2i1.129>

Lampiran 1. Kuesioner *Discharge planning*

## DATA UMUM RESPONDEN

Petunjuk pengisian

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan mengisi titik- titik dan ataumemberi tanda (√) pada kotak yang disediakan.

## Data Demografi

1. No responden :.....(diisi peneliti)
2. Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan
3. Umur Responden :  12-16 tahun  
 17-25 tahun  
 26-35 tahun  
 36-45 tahun  
 46-55 tahun  
 56-65 tahun
4. Responden Tinggal :  Tinggal sendiri  
 Bersama keluarga
5. Pendidikan Terakhir :  SD  
 SMP  
 SMA  
 Perguruan Tinggi

## LEMBAR KUISIOENER PENELITIAN PENERAPAN *DISCHARGE PLANNING*

Petunjuk pengisian:

1. Isilah identitas pribadi pada lembar kuesioner tersebut.
2. Pilihan jawaban yang anda rasa paling sesuai dengan keadaan diri anda pada lembar jawaban yang tersedia.
3. Jawablah pernyataan dengan cara memberi tanda (√) pada kotak yang telah tersedia.
4. Jika ingin mengganti jawaban yang salah, cukup beri tanda (X) dan menulis kembali tanda (√) pada jawaban yang saudara anggap benar.
5. Pilihlah salah satu jawaban dari lima jawaban yang tersedia untuk kuisisioner Pelaksanaan *Discharge Planning* dengan indikator:
  - a. Dilakukan : Bila anda merasa pernyataan dilakukan.
  - b. Tidak dilakukan : Bila anda merasa pernyataan tidak dilakukan.

Keterangan Nilai

Dilakukan : 5

Tidak dilakukan : 0

Baik : bila nilai 76-100 dari seluruh pernyataan

Cukup : bila nilai 60-75 dari seluruh pernyataan

Kurang : bila nilai <60 dari seluruh pernyataan

6. Dalam memberikan jawaban tidak ada benar dan salah. Kerahasiaan dalam pengisian kuisisioner ini akan kami jaga. Kami sangat menghargai kejujuran dan keterbukaan anda. Atas partisipasi dan kesediaan anda dalam pengisian kuisisioner ini kami ucapkan terimakasih.

***Discharge planning***

Berilah tanda (√) pada kolom dibawah ini :

No	PERNYATAAN	Pelaksanaan	
		YA	TIDAK
1	Apakah petugas membuat perencanaan pemulangan semua pasien rawat inap sejak pasien masuk rawat inap		
2	Apakah petugas mengisi formulir perencanaan pemulangan pasien yang sudah tersedia di lembar rekam medis		
3.	Apakah petugas menulis identitas pasien pada kolom yang tersedia		
4.	Apakah petugas menulis diagnose medis, ruangan dan DPJP yang merawat		
5.	Apakah petugas menulis tanggal dan jam MRS pasien dirumah sakit serta alasan MRS		
6.	Apakah petugas menulis tanggal estimasi pemulangan pasien atau dikosongi		
7.	Apakah petugas menulis nama perawat yang mengkaji dan nama DPJP yang merawat		
8.	Apakah petugas mengisi daftar obat yang dibawakan saat pulang beserta jumlah dan dosisnya		
9.	Apakah petugas memberi tanda centang pada pilihan edukasi yang tersedia, jelaskan secara detail pada pasien dan keluarga.		

Sumber : RSUD dr. Haryoto, 2021

Lampiran 2. Lembar Konsultasi

<b>Tanggal</b>	<b>Masukan Pembimbing</b>	<b>TTD</b>

## Lampiran 3. Hasil SPSS

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Jenis kelamin	20	1	2	1.45	.510
Umur	20	1	3	1.60	.754
Pendidikan terakhir	20	1	3	1.30	.657
Discharge planning	20	1	2	1.65	.489
Pengetahuan	20	1	3	2.15	.933
Valid N (listwise)	20				

**Statistics**

		Jenis kelamin	Umur	Pendidikan terakhir	Discharge planning	Pengetahuan
N	Valid	20	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		1.45	1.60	1.30	1.65	2.15
Std. Error of Mean		.114	.169	.147	.109	.209
Median		1.00	1.00	1.00	2.00	2.50
Std. Deviation		.510	.754	.657	.489	.933
Variance		.261	.568	.432	.239	.871
Skewness		.218	.851	2.079	-.681	-.325
Std. Error of Skewness		.512	.512	.512	.512	.512
Kurtosis		-2.183	-.609	3.176	-1.719	-1.876
Std. Error of Kurtosis		.992	.992	.992	.992	.992
Range		1	2	2	1	2
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		2	3	3	2	3
Sum		29	32	26	33	43

**Jenis kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perempuan	11	55.0	55.0	55.0
	Laki-laki	9	45.0	45.0	100.0
Total		20	100.0	100.0	

**Umur**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	26- 44 tahun	11	55.0	55.0	55.0
	45-54 tahun	6	30.0	30.0	85.0
	55-65 tahun	3	15.0	15.0	100.0
Total		20	100.0	100.0	

**Pendidikan terakhir**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	16	80.0	80.0	80.0
	SMP	2	10.0	10.0	90.0
	SMA	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Discharge planning**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dilakukan	7	35.0	35.0	35.0
	Tidak dilakukan	13	65.0	65.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Pengetahuan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik 76-100	11	55.0	55.0	55.0
	Cukup 60-75	8	40.0	40.0	95.0
	Kurang <60	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Discharge planning	1.65	20	.489	.109
	Pengetahuan	2.15	20	.933	.209

**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Discharge planning & Pengetahuan	20	.928	.000

## Lampiran 4. Standart Operasional Discharge Planing

 RSUD DR. HARYOTO LUMAJANG J. BASUKI RAHMAT NO 5 LUMAJANG	PERENCANAAN PEMULANGAN (DISCHARGE PLANNING)		
	NO DOKUMEN	REVISI KE	HALAMAN
	272/SPO/001.01.25/II/2021	00	1 / 2
<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	<b>TANGGAL DITERBITKAN</b>	Ditetapkan oleh Direktur RSUD dr. Haryoto  <u>dr. HALIMI MAKSU, MMRS</u> NIP. 19700716 200212 1 004	
<b>PENGERTIAN</b>	Rencana pemulangan pasien ( <i>discharge planning</i> ) adalah proses penyusunan suatu rencana asuhan yang bertujuan memelihara dan meningkatkan taraf kesehatan pasien paska dirawat di rumah sakit sehingga pasien dapat mandiri semaksimal mungkin dengan mempertimbangkan pelayanan medis dan pelayanan penunjang.		
<b>TUJUAN</b>	Tujuan Perencanaan Pemulangan pasien ( <i>discharge planning</i> ) sebagai acuan petugas dalam menerapkan langkah-langkah melakukan discharge planning yang benar, Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga, serta Meningkatkan pelayanan berkelanjutan pada pasien		
<b>KEBIJAKAN</b>	Keputusan Direktur RSUD Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang Nomor 188.4/1.6/427.55.01/2022 Tentang Kebijakan Pengkajian Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang.		
<b>PROSEDUR</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas membuat perencanaan pemulangan semua pasien rawat inap sejak pasien masuk rawat inap.</li> <li>2. Petugas mengisi formulir perencanaan pemulangan pasien yang sudah tersedia di lembar Rekam Medis</li> <li>3. Petugas menulis identitas pasien pada kolom yang tersedia.</li> <li>4. Petugas menulis diagnosa medis, ruangan dan DPJP yang merawat.</li> <li>5. Petugas menulis tanggal dan jam MRS pasien di rumah sakit serta alasan MRS.</li> <li>6. Petugas menulis tanggal estimasi pemulangan pasien atau dikosongi.</li> <li>7. Petugas menulis nama perawat yang mengkaji dan nama DP yang merawat pasien.</li> <li>8. Petugas mengisi daftar obat yang dibawakan saat pulang beserta jumlah dan dosisnya</li> <li>9. Petugas memberi tanda centang pada pilihan edukasi yang tersedia, jelaskan secara detail pada pasien dan keluarga.</li> </ol>		

## Lampiran 5. Leaflet

### Cara Mencegah Infeksi



- Mandi 2 kali sehari, jaga luka agar tetap dalam kondisi kering
- Makan makanan yang mengandung tinggi kalori dan tinggi protein (TKTP) seperti susu, telur, madu, roti, ikan laut, dan kacang-kacangan.
- Ganti balutan minimal satu kali sehari.
- Cuci tangan sebelum dan sesudah mengganti balutan.
- Alat dan bahan yang akan digunakan untuk menggunakan balutan harus dalam keadaan steril atau bersih.
- Minum obat sesuai dosis seperti obat antibiotik untuk mencegah infeksi.

### Cara Perawatan Luka di Rumah

**Alat dan Bahan :**

- Baskom
- Larutan NaCl
- Kasa
- Air mengalir untuk cuci tangan
- Plester
- Sarung tangan (handsecon)

**Cara Perawatan :**

- Siapkan alat
- Cuci tangan menggunakan sabun dan tidak boleh menyentuh alat yang lain.
- Gunakan sarung tangan (handsecon)
- Buka balutan jika luka tertutup
- Bersihkan luka menggunakan kasa dan larutan NaCl
- Oles luka dengan satu arah
- Keringkan
- Tutup luka dengan kasa
- Plester
- Lepas sarung tangan dan cuci tangan kembali



## PENCEGAHAN INFEKSI PASCA OPERASI DI RUMAH



### Apa itu Infeksi Luka Operasi?

Infeksi Luka Operasi (ILO) adalah infeksi yang muncul pada luka sayatan operasi. Sebagian besar infeksi luka muncul dalam 30 hari pertama.



### Penyebab Infeksi pada Luka Operasi

- Adanya benda asing atau jaringan yang sudah mati di dalam tubuh.
- Luka terbuka dan kotor
- Gizi buruk
- Daya tahan tubuh lemah
- Mobilisasi terbatas atau kurang gerak

### Tanda dan Gejala Infeksi



Panas pada luka atau suhu badan meningkat



Sakit/nyeri pada luka



Kemerahan pada kulit di sekitar luka

### Tanda dan Gejala Infeksi



Bengkak pada luka



Sulit gerak pada luka



Luka berbau tidak sedap dan terdapat cairan nanah pada luka

