

OPTIMALISASI PELAKSANAAN *DISCHARGE PLANNING* TERSTRUKTUR DAN TERINTEGRASI

Petrus Kanisius Siga Tage^a Enie Novieastari^b Ade Suhendri^c

^aStaf Pengajar Prodi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang Jl. Manafe No.17
Kelurahan Kayu Putih, Kupang, Nusa Tenggara Timur-85111

^bStaf Pengajar Departemen Keperawatan Dasar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia FIK UI,
Jl. Prof. Dr. Bahder Djohan, Depok, Jawa Barat-16424

^cKepala Seksi Keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Depok Jalan Raya Muchtar No.99, Sawangan,
Sawangan Lama, Sawangan, Kota Depok, Jawa Barat 16511

^aE-mail: rusnirockabilly@gmail.com

ABSTRAK

Implementasi mengenai *discharge planning* merupakan kebijakan yang utuh, terintegrasi, dan berkelanjutan sejak pasien masuk rumah sakit, dirawat, serta sampai pasien berada dirumah dan benar-benar tidak membutuhkan perawatan. Tujuan dari penulisan adalah untuk melakukan analisis implementasi *discharge planning* di Rumah Sakit Umum X Kota Depok. Metodologi yang digunakan adalah pendekatan *pilot study* yang dilaksanakan dari analisis situasi, pembuatan *plan of action*, implementasi, evaluasi dan analisis *gap* dengan menggunakan *literature review*. Analisis masalah dilakukan melalui diagram *fish bone* dan analisis prioritas masalah dilakukan dengan menggunakan analisis CARL. Masalah utama adalah belum optimalnya pelaksanaan *discharge planning* yang terstruktur dan terintegrasi. Implementasi dilaksanakan dengan pendekatan *pilot study*. Implementasi yang dilakukan adalah pembuatan panduan dan format *discharge planning*, sosialisasi, uji coba panduan dan format *discharge planning*, serta evaluasi. Hasil uji coba didapatkan bahwa perawat telah melakukan *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi dengan capaian sebesar 92% berdasarkan pengisian format yang ada. Diperlukan rencana tindak lanjut dari pihak manajemen Rumah Sakit Umum X di Kota Depok untuk menerapkan pelaksanaan *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi.

Kata kunci: *discharge planning, keperawatan*

ABSTRACT

Implementation of discharge planning is a complete, integrated, and sustainable policy since the patient is admitted to hospital, treated, and until the patient is at home and really does not need treatment. The purpose of writing is to conduct analysis of discharge planning implementation at the Regional General Hospital X in Depok City. The methodology used is pilot study approach which is carried out from situation analysis, plan of action plan, implementation, evaluation and gap analysis by using literature review. Problem analysis was done through fish bone diagram and problem priority analysis was done by using CARL analysis. The main problem is the not yet optimal implementation of structured and integrated discharge planning. Implementation is done by pilot study approach. Implementation is the making of guidance and format of discharge planning, socialiation, pilot study and format of discharge planning, and evaluation. The result of the experiment shows that the nurse has done structural and integrated discharge planning with achievement 92% based on the filling of the existing format. A follow-up plan from the management of X General Hospital in Depok City is required to implement a structured and integrated discharge planning.

Keywords: *discharge planning, nursing*

PENDAHULUAN

Tuntutan akan pelayanan kesehatan yang berkualitas semakin hari semakin tinggi. Pelayanan kesehatan saat ini tidak lagi dilakukan hanya saat pasien sedang berada dalam ruang perawatan di rumah sakit tetapi terus dilakukan hingga saat pasien kembali ke rumah dan tidak membutuhkan perawatan [1,2,3,4]. Proses menyiapkan pasien saat keluar dari rumah sakit dan berada di rumah adalah bagian yang penting dalam pelayanan kesehatan.

Proses menyiapkan pasien untuk kembali ke rumah dikenal dengan *discharge planning*. *Discharge planning* adalah suatu proses yang kompleks dan bertujuan untuk menyiapkan pasien dalam masa transisi di rumah sakit sampai pasien tersebut kembali ke rumahnya [5,6]. *Discharge planning* yang baik harus mengandung unsur (1) penilaian pasien, (2) pengembangan rencana yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien, (3) penyediaan layanan, termasuk pendidikan keluarga dan layanan rujukan, serta (4) tindak lanjut berupa evaluasi atau *follow up* [7].

Kebijakan *discharge planning* selama ini yang dijalankan di rumah sakit terlihat masih terpisah-pisah, berdiri sendiri, dan tidak terintegrasi sampai pasien kembali rumah atau sebatas dilakukan hanya saat pasien pulang. Konsep *discharge planning*, perawatan transisi, koordinasi perawatan, dan kontinuitas perawatan harus menjadi kebijakan yang dijalankan secara utuh tanpa terpisah [8,9]. Alasan diatas sudah seharusnya menuntun kita untuk membentuk sistim yang mendukung *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi.

Salah satu cara untuk mendukung sistim *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi bisa dilakukan dengan menciptakan sistim yang relevan dan mudah untuk diimplementasikan. Sebagai langkah awal harus dibuatkan sebuah panduan dan format sebagai dasar tindakan. Hal ini sejalan dengan laporan yang mengungkapkan bahwa *discharge planning* membutuhkan format sebagai bukti dokumentasi dan media

komunikasi yang efektif antar profesi keperawatan maupun antar profesi tim kesehatan lainnya yang terlibat dalam perawatan [10].

Alasan mengenai pentingnya *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi perlu untuk dilakukan karena dapat meningkatkan *self efficacy* dan *self management* atas penyakit yang dialami pasien [11]. Sebuah studi mengungkapkan bahwa untuk menumbuhkan kemampuan *self efficacy* dan *self management* pada pasien terhadap penyakit yang dialami tidak cukup hanya dengan memberikan pengetahuan tetapi juga harus dilakukan evaluasi terstruktur dan terintegrasi [12]

Implementasi *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi ternyata masih belum dilakukan di Rumah Sakit Umum X di Kota Depok. Pelaksanaan *discharge planning* hanya difokuskan saat pasien pulang. Selain itu, belum tersedianya format dan panduan *discharge planning* yang dilakukan secara terstruktur dan terintegrasi. Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk melakukan perubahan untuk mengoptimalkan fungsi *discharge planning* secara terstruktur dan terintegrasi di Rumah Sakit Umum X di Kota Depok

METODE

Metodologi yang digunakan dalam kegiatan agen pembaharu terkait implementasi *discharge planning* adalah menggunakan pendekatan *pilot study* [13,14]. Metode ini dimulai dari analisis situasi, pembuatan *planning of action*, implementasi, evaluasi, dan analisis *gap* menggunakan *literature review*. Pengambilan sampel menggunakan teknik *random sampling* untuk pemilihan ruangan dilanjutkan dengan teknik *purposive sampling* untuk menentukan jumlah sampel responden. Instrumen pengambilan data menggunakan wawancara, observasi, studi dokumen dan kuesioner. Wawancara, observasi dan pembagian kuisoner dilakukan kepada Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Seksi Keperawatan, Kepala Ruangan, Ketua

Tim, dan Perawat Ruangan. Studi dokumen dilakukan pada format dokumentasi *discharge planning* pasien.

Pengambilan data awal diambil di tiga ruangan dari tanggal 16 sampai 23 Oktober 2017, adapun ketiga ruangan itu adalah Instalasi Gawat Darurat (IGD), Ruangan Rawat Inap, dan Ruangan Perina. Alasan pengambilan ruangan tersebut karena ketiga ruangan ini menjadi perwakilan dari setiap unit terkait dan menjadi tempat dilakukannya *discharge planning*. Jumlah sampel yang terlibat dalam pengambilan data adalah 26 responden. Instrumen wawancara dan kuisioner sebanyak 3 instrumen yakni instrumen pengkajian manajerial keperawatan umum POSAC, instrumen pengetahuan *discharge planning*, dan instrumen pelaksanaan *discharge planning* IDEAL (Include Discuss Assess Listen)

Analisis masalah dilakukan dalam bentuk diagram *fish bone* dengan menganalisis penyebab masalah yang meliputi *man, method, machine, material, dan money* [15]. Prioritas alternatif pemecahan masalah diseleksi dengan menggunakan pembobotan berdasarkan metode CARL, meliputi aspek-aspek: 1) *Capability* (C) adalah kemampuan kedua belah pihak antara mahasiswa residensi dan rumah sakit untuk melaksanakan alternatif, 2) *Accesability* (A) adalah kemudahan dalam melaksanakan alternatif, 3) *Readiness* (R) adalah kesiapan untuk melaksanakan alternatif dan *Leverage* (L) adalah daya ungkit alternatif dalam menyelesaikan masalah. Masing-masing aspek diberikan penilaian dengan rentang 1 sampai dengan 4 dengan pemaknaan : nilai 1 = tidak mampu, Nilai 2 = cukup mampu, Nilai 3 = mampu dan Nilai 4 = sangat mampu.

Implementasi untuk penyelesaian masalah diselesaikan dengan menggunakan proses PDCA (*plan do check action*) yang dimulai dari penetapan rencana, implementasi, evaluasi, dan rencana tindak lanjut [16]. Perencanaan ditetapkan untuk mengoptimalkan *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi. Implementasi dimulai dengan membuat panduan dan format

discharge planning terstruktur dan terintegrasi. Panduan *discharge planning* yang ada merupakan hasil adaptasi dari panduan yang sudah ada di rumah sakit dan dibuat beberapa penambahan agar format yang ada menjadi terstruktur dan terintegrasi.

Setelah panduan *discharge planning* dibuat langkah selanjutnya adalah melakukan sosialisasi kepada kepala ruangan dan ketua tim, serta dilanjutkan dengan uji coba panduan *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi di masing-masing ruangan. Proses evaluasi dari implementasi dilihat dari pengisian format *discharge planning* berkelanjutan dan terintegrasi untuk mengetahui keberhasilan atau hambatan dalam proses pelaksanaan. Hasil evaluasi dilakukan analisis deskriptif untuk melihat *gap* yang terjadi pada saat pelaksanaan dengan membandingkan kajian pada literatur.

HASIL

Hasil pengkajian berupa wawancara dengan Kepala Ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD) diungkapkan bahwa saat pasien pertama kali masuk tidak dilakukan *discharge planning* di ruangan IGD. Hasil observasi ditemukan bahwa promosi kesehatan tidak dilakukan sejak pasien masuk di IGD dan format *discharge planning* yang ada tidak diisi dalam 48 jam pertama saat pasien masuk di IGD, dan tidak ditemukan panduan *discharge planning* di ruangan IGD, hasil kuisioner menunjukkan bahwa 100% perawat di ruangan IGD belum mendapatkan pelatihan *discharge planning*.

Hasil wawancara dengan dua Ketua Tim Rawat Inap dan Kepala Ruangan Perina diungkapkan bahwa pelaksanaan *discharge planning* seperti memberikan informasi tentang penyakit dan pengobatan kepada pasien dilakukan secara insidental dan bukan merupakan kelanjutan dari IGD atau Poli sebagai tempat pertama pasien masuk. Hasil wawancara juga mengungkapkan bahwa promosi dan pendidikan kesehatan sebagai bagian dari *discharge planning* diberikan hanya pada saat pasien pulang, dan tidak

didokumentasikan secara jelas dalam format terstruktur dan terintegrasi.

Hasil observasi tidak ditemukan *checklist* panduan *discharge planning*, penanggung jawab terhadap tugas promosi kesehatan sebagai bagian dari *discharge planning* juga tidak ada. Ketua Tim Rawat Inap dan Kepala Ruang Perina menyatakan bahwa di Ruang Rawat Inap dan Perina telah dilakukan promosi kesehatan kepada pasien/keluarga, pada saat pasien masuk dan pada saat pemberian obat namun tidak didokumentasikan dengan jelas, dilakukan secara terjadwal, dan saat pulang pasien tidak dibagikan *leaflet* sebagai sumber informasi.

Hasil kuisioner menyatakan bahwa sebanyak (71,4%) perawat memberikan informasi (pendidikan kesehatan/promosi kesehatan) secara langsung dalam bentuk konseling meliputi jadwal kontrol dan cara perawatan di rumah pada pasien dan keluarga yang berobat dan tanpa didokumentasikan secara tertulis. Hasil kuisioner menunjukkan bahwa 53% perawat pemberi promosi/pendidikan kesehatan yang melibatkan keluarga umumnya dilakukan kadang-kadang, diskusi soal pencegahan masalah dirumah bersama keluarga juga dilakukan kadang-kadang sebanyak 54%. Hasil kuisioner menunjukkan 100% perawat mengatakan bahwa *discharge planning* adalah kegiatan yang dilakukan hanya saat pasien pulang.

Hasil kuisioner menunjukkan bahwa 100% perawat tidak pernah mendapat pelatihan mengenai *discharge planning* di ruang Rawat Inap dan Perina. Hasil wawancara Kabid Keperawatan, Kepala Seksi Keperawatan, Kepala Ruang, dan Ketua Tim Perawatan, menyatakan bahwa *follow up* pasien paska kunjungan belum dilakukan. Hasil kuesioner, sebanyak 0% perawat manajer menyatakan tidak melakukan *follow up* pasien untuk mengevaluasi dan mengingatkan jadwal kontrol pada pasien. Hasil observasi tidak ditemukan format dokumentasi *follow up* yang terintegrasi sebagai bentuk kontinuitas pelayanan

kesehatan rumah sakit. Hasil observasi juga ditemukan bahwa kendala dari belum optimalnya pelaksanaan *discharge planning* juga dipengaruhi oleh lemahnya supervisi yang dilakukan oleh manajer keperawatan, karena supervisi yang dilakukan masih dilakukan secara insidental tanpa ada panduan yang jelas.

Table 1. CARL analisis prioritas masalah

No	Alternatif Pemecahan Masalah	C	A	R	L	Skor
1	Bersama Kasie keperawatan dan komite keparawatan merumuskan bentuk <i>discharge planning</i> yang mendukung kontinuitas pelayanan secara terstruktur dan terintegrasi	4	4	4	4	256
2	Melakukan sosialisasi format <i>discharge planning</i> terstruktur dan terintegrasi	4	3	4	4	192
3	Melakukan uji coba pelaksanaan <i>discharge planning</i> di Ruang Rawat Inap, Ruang Perina, dan Ruang Gawat Darurat	4	4	3	3	144
4	Melakukan penilaian dan evaluasi pelaksanaan <i>discharge planning</i> di Ruang Rawat Inap, Ruang Perina, dan Ruang Gawat Darurat	4	3	3	3	108

Tabel 1 menunjukkan analisis prioritas masalah ada 4. Prioritas penyelesaian masalah dimulai dari skor angka yang paling besar yakni 256 dan berakhir pada angka yang paling rendah yakni 108. Alasan pemilihan 4 prioritas diatas karena (1) bidang keperawatan mempunyai kewenangan dalam mengusulkan aturan dan pemberlakuan format *discharge planning*, sedangkan komite keperawatan merupakan wadah profesi keperawatan yang secara formal bertanggung jawab kepada Kasi Keperawatan dan mempunyai kewenangan mengorganisasikan, mengatur dan menyusun prosedur dan standar keperawatan. Hasil dari kajian Kasi Keperawatan dan Komite Keperawatan dilaporkan kepada Kepala Bidang Keperawatan, (2) tanpa uji coba, pelaksanaan *discharge planning* dapat mengalami hambatan dalam pelaksanaannya karena tidak adanya tanggung jawab kerja yang spesifik, (3) pengetahuan perawat yang memadai mengenai *discharge planning* akan mendukung implementasi *discharge planning* di lapangan, (4) pelaksanaan *discharge planning* dapat dievaluasi melalui dokumentasi yang ada.

Berdasarkan analisis masalah *fishbone* terlihat bahwa belum optimalnya pelaksanaan *discharge planning* dipengaruhi oleh banyak faktor. Hampir semua faktor baik dari metode, SDM, material, lingkungan, dan keuangan mempengaruhi masalah belum optimalnya *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi

Kegiatan dari agen perubahan dilakukan melalui sosialisasi kepada kepala ruangan dan ketua tim mengenai materi *discharge planning*, panduan *discharge planning*, dan format *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi. Sosialisasi bertujuan untuk meningkatkan pemahaman kepala ruangan tentang pentingnya *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi. Proses uji coba pelaksanaan *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi juga dilakukan evaluasi.

Hasil evaluasi didapatkan rata-rata pengisian format *discharge planning* sebesar 92% dari

masing-masing bagian format yaitu fase pasien masuk, fase stabilisasi dan kontinuitas, fase diagnostik, dan fase keberlanjutan pemulangan. Jumlah format yang di uji coba ada 12 format dengan pembagian 4 format di ruangan IGD, 4 format di ruangan Rawat Inap, dan 4 format di ruangan Perina. Presentasi pengisian dari masing-masing ruangan sebagai berikut di IGD pengisian mencapai 100%, di Ranap pengisian mencapai 75%, dan di Perina mencapai 100%.

PEMBAHASAN

Discharge Planning adalah suatu proses persiapan bagi pasien. Implementasi *discharge planning* dilaksanakan dalam suatu proses yang kompleks yang bertujuan untuk menyiapkan pasien dalam masa transisi di rumah sakit sampai pasien tersebut kembali ke rumahnya [5,17] Melalui *discharge planning* tenaga kesehatan membantu pasien dan keluarga dalam menetapkan kebutuhan, mengembangkan dan mengimplementasikan, serta mengkoordinasikan rencana perawatan yang mungkin dilakukan setelah pasien pulang dari rumah sakit sebagai upaya meningkatkan atau mempertahankan derajat kesehatannya.

Implementasi *discharge planning* yang baik harus dilakukan sejak pasien masuk rumah sakit baik melalui poli maupun IGD. Hasil menunjukkan bahwa di IGD selama ini belum dilakukan *discharge planning* saat pasien masuk dan belum memiliki panduan yang jelas soal *discharge planning*. Sebuah studi mengungkapkan bahwa *discharge planning* yang dilakukan sejak di *emergency unit* membantu meningkatkan *self efficacy* pasien terhadap penyakit yang diderita serta dapat meningkatkan kepuasan pasien [18,19,20,21]. Sebuah studi lanjutan menunjukkan bahwa pasien dengan penyakit jantung yang dilakukan *discharge planning* sejak *admission* awal di rumah sakit lebih siap dengan pengobatan lanjutan selama di rumah sakit [22,33]. Hal ini menunjukkan bahwa betapa pentingnya *discharge planning* yang dilakukan sejak pertama kali pasien masuk.

Pelaksanaan *discharge planning* terlihat belum di dokumentasikan secara terintegrasi antara tenaga kesehatan dan tidak didokumentasikan secara jelas dalam satu format. Sebuah studi baru-baru ini mengungkapkan bahwa efektivitas pelaksanaan *discharge planning* sangat berkaitan erat dengan kemampuan interaksi pemberi layanan, pasien, dan hubungan antara pemberi layanan dan pasien [23]. Salah satu hal yang penting dalam mendukung interaksi ini adalah tersedianya format *discharge planning*. Format sebagai bukti dokumentasi dan berperan sebagai media komunikasi yang efektif antar profesi keperawatan maupun antar profesi tim kesehatan lainnya [10]

Format *discharge planning* yang dibuat harus disusun secara terstruktur dan terintegrasi karena format yang terstruktur dan terintegrasi akan mendukung bentuk kontinuitas pelayanan kesehatan [2,3,4]. *Discharge planning* dibuat untuk mengatur tindak lanjut pemulangan pasien ke praktisi kesehatan atau organisasi lain yang dapat memenuhi kebutuhan kesinambungan asuhan pasien. Proses perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*) dilakukan secara terintegrasi melibatkan semua profesional pemberi asuhan (PPA) terkait, serta difasilitasi oleh manajer pelayanan pasien (MPP) memuat bentuk bantuan pelayanan yang dibutuhkan dan ketersediaan bantuan yang dimaksud [3]

Format *discharge planning* yang dibuat secara terstruktur dan terintegrasi bertujuan untuk mengkomunikasikan data klien ke semua anggota tim kesehatan sehingga tidak terjadi data yang tumpang tindih, berulang, dan meminimalisir kesenjangan dalam memberikan pelayanan kepada pasien, serta sebagai bukti evaluasi hasil implementasi asuhan keperawatan. Selain itu, melalui format *discharge planning* yang terstruktur dan terintegrasi dapat membantu administrator mengevaluasi prestasi kerja karyawan, akreditasi institusi, memberi jaminan kepada masyarakat tentang lingkup dan mutu pelayanan dan membuktikan pekerjaan perawatan serta meningkatkan tanggung gugat

perawat. Format yang dibuat dengan baik dapat juga digunakan sebagai sumber data untuk melakukan penelitian, sebagai catatan tetap untuk dokumentasi yang sah dan untuk tujuan finansial, tindakan hukum, dan menjamin kelanjutan perawatan di masa mendatang sehingga klien mendapatkan pelayanan yang tepat [24]

Pengkajian yang dilakukan juga menemukan bahwa proses *discharge planning* yang dilakukan di Rumah Sakit Umum X di Kota Depok masih ada sekitar 53% perawat yang kadang-kadang melibatkan keluarga dan sebanyak 54% perawat belum mendiskusikan soal pencegahan masalah di rumah bersama keluarga. Pelibatan keluarga menjadi faktor penting dalam *discharge planning* [25] dengan melibatkan keluarga akan mempercepat penyembuhan pasien dan mengurangi angka *readmission* karena keluarga akan menjadi *support system* yang utama dalam periode sakit pasien. Laporan lain menunjukkan bahwa *discharge planning* yang dilaksanakan tanpa pelibatan keluarga dapat mengganggu proses perawatan dan dapat meningkatkan risiko yang merugikan pasien [26]

Hasil pengkajian juga ditemukan bahwa *follow up* lanjutan kepada pasien paska pengobatan belum dilakukan ini dibuktikan dengan ketiadaan format *discharge planning* yang memuat unsur *follow up* yang terintegrasi, sebagai bentuk kontinuitas pelayanan kesehatan di rumah sakit [34]. Sebuah studi mengungkapkan bahwa melalui proses *follow up* yang konsisten selama 14 hari kepada 65085 pasien yang mendapat *discharge planning* berhasil menurunkan angka *readmissions* hingga 19% [27]. Sementara itu penelitian yang dilakukan kepada 4927 pasien paska bedah menemukan bahwa ada 35,0% tanpa *follow up* yang mengalami *readmissions* dan hanya 20,4% pasien dengan *follow-up* yang mengalami *readmissions* [28]

Peran manajer dalam pelaksanaan *discharge planning* sangatlah penting. Belum adanya panduan supervisi yang jelas dan belum terdokumentasinya sistem supervisi dapat

menyebabkan pelaksanaan *discharge planning* tidak berjalan optimal. Seorang manajer bertugas untuk memberikan motivasi, pemikiran, pengaturan untuk mencapai tujuan organisasi [29]. Keberhasilan dalam pelaksanaan inovasi dan program tidak terlepas dari peran manajer keperawatan dari bidang keperawatan sampai dengan Kepala Ruangan dan Ketua Tim. Peran manajer tetap penting dalam mengimplementasikan *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi walaupun panduan dan SOP sudah tersedia. Para manajer keperawatan harus selalu melaksanakan fungsi supervisi untuk memandu organisasi dalam mencapai tujuan yang diinginkan [30].

Berdasarkan uji coba telah dilakukan *discharge planning* selama 4 hari uji coba (14-16 dilanjutkan 23 November 2017), rata-rata dari keseluruhan pendokumentasian tindakan *discharge planning* sebesar 92%. Pengisian format yang mencapai 92% belum bisa dikatakan bahwa uji coba ini berhasil, hal ini dikarenakan dalam proses pengisian masih didampingi dan dilakukan *follow up* oleh peneliti dan Kepala Seksi Keperawatan, jumlah format *discharge planning* yang di uji cobakan masih dalam jumlah yang kecil yakni sebanyak 12 format, dan waktu uji coba yang relatif singkat yakni hanya 4 hari.

Keberhasilan uji coba ini justru dilihat ketika perawat dan petugas kesehatan lainnya melakukan *discharge planning* secara mandiri tanpa pendampingan. *Discharge planning* akan berhasil jika petugas kesehatan memahami bahwa kegiatan *discharge planning* adalah bagian dari tanggung jawab pekerjaan. Kurangnya tanggung jawab bisa jadi dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya adalah motivasi yang kurang. Motivasi merupakan faktor yang mengarahkan dan mendorong perilaku suatu keinginan seseorang untuk melakukan suatu kegiatan yang dinyatakan dalam bentuk usaha yang keras [31]

Teori *Drive-reinforcement* menjelaskan perilaku dari sudut kebiasaan dengan dorongan

internal maupun eksternal. Kebiasaan akan menjadi kokoh bila perilaku segera dan sering mendapat penguatan dan sering [32]. Pelaksanaan *discharge planning* masih membutuhkan motivasi terus menerus baik dari atasan langsung (kepala ruang) maupun dari bidang keperawatan melalui supervisi, sehingga diharapkan semakin lama semakin menumbuhkan tanggung jawab dan *discharge planning* dapat dilakukan secara konsisten.

Hasil uji coba juga ditemukan bahwa di ruangan Rawat Inap proses uji coba hanya mencapai 75% saat pengisian dokumen meski mereka hanya melanjutkan proses *discharge planning* yang telah dilakukan dari IGD. Pengisian yang tidak maksimal ini dikarenakan adanya beberapa hambatan seperti ketiadaan waktu karena perawat terlalu banyak menulis dokumentasi, jumlah kunjungan pasien tinggi tidak sebanding dengan jumlah tenaga perawat yang ada, serta belum merata jumlah tenaga sesuai kompetensi di ruangan.

Hasil evaluasi setelah pelaksanaan uji coba selama 4 (empat) hari secara keseluruhan menunjukkan belum bisa dikatakan optimal dilaksanakan meski hampir semua format terisi. Beberapa faktor berdasarkan hasil observasi dan wawancara selama pendampingan ditemukan masalah antara lain (1) waktu pelayanan pasien yang sedikit sedangkan jumlah kunjungan cukup banyak dan jika dibandingkan jumlah perawat yang tidak seimbang dengan pekerjaan yang harus diselesaikan (2) tingkat pemahaman perawat tentang *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi yang kurang karena belum ada pelatihan sama sekali selama ini (3) perawat menghabiskan banyak waktu untuk mengisi banyak dokumen perawatan pasien yang ada sehingga format *discharge planning* sering kali tidak diisi secara lengkap.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil pengkajian di Rumah Sakit Umum X di Kota Depok, teridentifikasi belum optimalnya pelaksanaan *discharge planning*. Alternatif pemecahan masalah yang diusulkan dan disepakati meliputi penyusunan panduan

dan format *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi, sosialisasi tentang format dan panduan *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi, melakukan uji coba pelaksanaan *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi, melakukan evaluasi/penilaian terhadap pelaksanaan *discharge planning*.

SARAN

Peran manajer sangat penting dalam pengaturan dan pembuatan jadwal *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi. Manajer keperawatan dalam menjalankan *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi mengupayakan pemerataan jumlah tenaga sesuai dengan jumlah pasien dan pemerataan kualifikasi perawat (PK) di setiap ruangan. Peran kepala bidang (top manajer) sangat membantu pelaksanaan *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi jika kebijakan yang dibuat tepat, efektif dan sejalan dengan misi pelayanan keperawatan untuk memberikan pelayanan berkualitas dan aman kepada pasien.

Hasil uji coba yang belum optimal dan belum mencapai 100% pengisian format tidak dijadikan sebuah permasalahan yang selanjutnya bisa menghambat dalam penerapan *discharge planning*. Upaya indak lanjut untuk meningkatkan penerapan *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi sangatlah diperlukan. Penulis menyarankan untuk melakukan beberapa hal sebagai berikut (1) pembuatan kebijakan pemberlakuan format *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi, (2) memberikan sosialisasi dan motivasi kepada perawat yang belum melakukan *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi, (3) optimalisasi pendampingan dan penambahan pengetahuan tentang pelaksanaan *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi sehingga dapat menjadi budaya dalam organisasi, (4) pembentukan tim mutu asuhan keperawatan, dan (5) Pelaksanaan supervisi *discharge planning* terstruktur dan terintegrasi terjadwal oleh manajerial Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

1. Langhorne, P., Jepsen, B. G., & Larsen, T. (2014). Early home-supported discharge after stroke: a brief report on the practical implementation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 37(2), 192-194.
2. Joint Commission International. (2017). Accreditation Standards For Hospitals, 6th Edition. Diunduh dari https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_Standards_Only_6th_Ed_Hospital.pdf
3. .Persi. (2017). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1. Diunduh dari: http://www.pdpersi.co.id/kanalpersi/manajemen_mutu/data/snars_edisi1.pdf
4. Persi. (2012). Instrumen Akreditasi Rumah Sakit Standar Akreditasi Versi 2012
5. Nordmark, S., Zingmark, K., & Lindberg, I. (2016). Process evaluation of discharge planning implementation in healthcare using normalization process theory. *BMC medical informatics and decision making*, 16(1), 1.
6. Alper, E., O'Malley, T. A., Greenwald, J., Aronson, M. D., & Park, L. (2015). Hospital discharge and readmission. *UpToDate website: Available at: http://www.uptodate.com/contents/hospital-discharge-and-readmission. Accessed August, 14.*
7. Yam, C. H., Wong, E. L., Cheung, A. W., Chan, F. W., Wong, F. Y., & Yeoh, E. K. (2012). Framework and components for effective discharge planning system: a delphi methodology. *BMC health services research*, 12(1), 396.
8. Meyers, L. (2017). The Effectiveness of Discharge Planning in Mental Health: An Integrative Review of Literature.
9. Hunter, T., & Birmingham, J. (2013). Preventing readmissions through comprehensive discharge planning. *Professional case management*, 18(2), 56-63.
10. Wickramasinghe, N., Kent, B., Moghimi, F. H., Stien, M., Nguyen, L., Redley, B., ...& Botti, M. (2014). Using technology solutions to streamline healthcare

- processes for nursing: the case of an Intelligent Operational Planning Support Tool (IOPST) solution. In *Lean Thinking for Healthcare* (pp. 405-430). Springer New York.
11. Horwitz, L. I. (2017). Self-care after hospital discharge: knowledge is not enough.
 12. Lancaster, G. A., Dodd, S., & Williamson, P. R. (2004). Design and analysis of pilot studies: recommendations for good practice. *Journal of evaluation in clinical practice*, 10(2), 307-312.
 13. Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., ...& Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC medical research methodology*, 10(1), 1.g
 14. Anne Lacey, E. (1994). Research utilization in nursing practice—a pilot study. *Journal of advanced nursing*, 19(5), 987-995.
 15. Bose, T. K. (2012). Application of fishbone analysis for evaluating supply chain and business process-a case study on the St James Hospital. *International Journal of Managing Value and Supply Chains (IJMVSC)*, 3(2), 17-24.
 16. Arian, M., Mortazavi, H., TabatabaiChehr, M., Navipour, H., & Vanaki, Z. (2016). Institutionalizing the educational role of nurses by Deming cycle (PDCA). *Quarterly Journal of Nursing Management*, 4(4), 45-57.
 17. Zurlo, A., & Zuliani, G. (2018). Management of care transition and hospital discharge. *Aging clinical and experimental research*, 1-8.
 18. Lowthian, J. A., McGinnes, R. A., Brand, C. A., Barker, A. L., & Cameron, P. A. (2015). Discharging older patients from the emergency department effectively: a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, 44(5), 761-770.
 19. Arendts, G., MacKenzie, J., & Lee, J. K. (2006). Discharge planning and patient satisfaction in an emergency short-stay unit. *Emergency Medicine Australasia*, 18(1), 7-14.
 20. Cajanding, R. J. (2017). Effects of a structured discharge planning program on perceived functional status, cardiac self-efficacy, patient satisfaction, and unexpected hospital revisits among filipino cardiac patients: a randomized controlled study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(1), 67-77.
 21. Majothi, S., Jolly, K., Heneghan, N. R., Price, M. J., Riley, R. D., Turner, A. M., ... & Fitzmaurice, D. A. (2015). Supported self-management for patients with COPD who have recently been discharged from hospital: a systematic review and meta-analysis. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 10, 853.
 22. Collins, S. P., Pang, P. S., Fonarow, G. C., Yancy, C. W., Bonow, R. O., & Gheorghide, M. (2013). Is hospital admission for heart failure really necessary?: the role of the emergency department and observation unit in preventing hospitalization and rehospitalization. *Journal of the American College of Cardiology*, 61(2), 121-126.
 23. Hesselink, G., Zegers, M., Vernooij-Dassen, M., Barach, P., Kalkman, C., Flink, M., ...& Suñol, R. (2014). Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. *BMC health services research*, 14, 389-389.
 24. Bailey, S., Wilson, G., & Yoong, W. (2015). What factors affect documentation by midwives? A prospective study assessing relationship between length of shift, workload and quality of note keeping. *Midwifery*, 31(8), 787-792.
 25. Wong, E. L., Yam, C. H., Cheung, A. W., Leung, M. C., Chan, F. W., Wong, F. Y., & Yeoh, E. K. (2011). Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC health services research*, 11(1), 24
 26. Gonçalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L. M., Cameron, I. D., & Shepperd, S. (2016). Discharge planning from hospital. *The Cochrane Library*.

27. Jackson, C., Shahsahebi, M., Wedlake, T., & DuBard, C. A. (2015). Timeliness of outpatient follow-up: an evidence-based approach for planning after hospital discharge. *The Annals of Family Medicine*, *13*(2), 115-122.
28. Brooke, B. S., Stone, D. H., Cronenwett, J. L., Nolan, B., DeMartino, R. R., MacKenzie, T. A., ...& Goodney, P. P. (2014). Early primary care provider follow-up and readmission after high-risk surgery. *JAMA surgery*, *149*(8), 821-828.
29. Miyata, C., Arai, H., & Suga, S. (2015). Characteristics of the nurse manager's recognition behavior and its relation to sense of coherence of staff nurses in Japan. *Collegian*, *22*(1), 9-17. <http://doi.org/10.1016/j.colegn.2013.10.004>
30. MacLeod, L. (2012). A Broader View of Nursing Leadership: Rethinking Manager-
Leader Functions. *Nurse Leader*, *10*(3), 57-61. <http://doi.org/10.1016/j.mnl.2011.10.003>
31. Hariandja MTE (2002). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. PT. Gramedia Widiasarana Indonesia. Jakarta.
32. Wexley, K. N., & Yukl, G. A. (1984). *Organizational behavior and personnel psychology*. Richard D. Irwin.
33. Phillips, C. O., Wright, S. M., Kern, D. E., Singa, R. M., Shepperd, S., & Rubin, H. R. (2004). Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *Jama*, *291*(11), 1358-1367
34. Hager, J. S. (2010). Effects of a Discharge Planning Intervention on Perceived Readiness for Discharge.